West Virginia University Libraries
3 0802 102283469 6

V.2

1841

LOCKED CAGE: CIRCULATE IN LIBRARY ONLY.
[redacted]6
DO NOT CIRCULATE
1841
DO NOT CIRCULATE

TRAITÉ PRATIQUE

DES

ACCOUCHEMENS.

BARTHEZ et **RILLIET**. Traité clinique et pratique des maladies des enfans ; rédigé d'après les cliniques de l'hôpital des Enfans-Malades. 1842, 2 vol. in-8 (*sous presse*).

BAUDELOCQUE. Principes sur l'art des accouchemens, par demandes et réponses, à l'usage des élèves sages-femmes ; septième édition, corrigée. Paris, 1838, 1 vol. in-12 avec 30 figures gravées. 7 fr. 50 c.

BAUMES. Traité de l'Ictère ou Jaunisse des enfans de naissance, 2e édition. Paris, 1806. 1 fr. 50 c.

BRIERRE DE BOISMONT. De la menstruation considérée dans ses rapports physiologiques et pathologiques. (*Ouvrage couronné par l'Académie Royale de Médecine dans la séance du* 17 *décembre* 1840). 1842, 1 vol. in-8. 6 fr.

CHAUSSIER. Considérations sur les convulsions qui attaquent les femmes enceintes. 1824, in-8, br. 1 fr. 25 c.

CHAUSSIER. Quelques considérations sur les soins qu'il convient de donner aux femmes pendant le travail ordinaire de l'accouchement. 1824, in-8 br. 1 fr. 25 c.

DUPARCQUE. Traité théorique et pratique des altérations organiques simples et cancéreuses de la matrice. (*Ouvrage couronné par la Société Royale de Médecine de Bordeaux.*) 2e édition entièrement refondue, 1 vol. in-8 de 564 pages, 1839. 7 fr.

FLOURENS. Cours sur la génération, l'ovologie, et l'embryologie, fait en 1836, au muséum d'Histoire Naturelle, recueilli et publié par M. Deschamps, 1835, 1 vol. in-4 avec 10 planches. 6 fr.

IMBERT. Traité théorique et pratique des maladies des femmes. 1 volume in-8 de 486 pages, 1840. 6 fr.

JACQUEMIER. Éléments de l'art des accouchements, suivis d'un traité des maladies des femmes grosses et accouchées et des enfans nouveau-nés. 1842, 1 vol. in-8 avec figures (*sous presse*).

LALLEMAND (de Montpellier). Observations pathologiques propres à éclairer plusieurs points de physiologie, contenant des mémoires sur la conception extra-utérine, sur la communication entre deux placenta réunis en une seule masse dans quelques cas de grossesse, sur les fonctions des différentes parties du système nerveux, sur le vomissement, sur la digestion. 1825, 2e édition, 1 vol. in-8, fig. 3 fr.

LEROY (Alphonse). Des pertes de sang pendant la grossesse, lors et à la suite de l'accouchement ; des fausses couches et de toutes les hémorrhagies, deuxième édition. 1805, in-8. 2 fr. 50 c.

OTTERBURG. Lettres sur les ulcérations de la matrice (métroelkoses), et leur traitement. 1839, in-8. 2 fr.

PAULY. Maladies de l'utérus, d'après les leçons cliniques de M. Lisfranc. Paris, 1835, 1 vol. in-8 de 542 pages, br. 6 fr.

SCHWEIGHÆUSER. La pratique des accouchements en rapport avec la physiologie et l'expérience. Paris, 1835, in-8. 5 fr.

PARIS.—IMPRIMERIE DE BOURGOGNE ET MARTINET,
rue Jacob, 30.

TRAITÉ PRATIQUE

DES

ACCOUCHEMENS,

PAR

F.-J. MOREAU,

Officier de la Légion-d'Honneur et de l'ordre de Léopold, professeur d'Accouchemens, des Maladies des femmes et des enfans à la Faculté de Médecine de Paris, Médecin de la maison d'Accouchemens de Paris, Chirurgien consultant du roi, Membre de l'Académie Royale de Médecine et de plusieurs Sociétés savantes.

Medicus naturæ Minister et interpres, quidquid meditetur et faciat, si natura non obtemperat naturæ non imperat.

Baglivi de praxi medica. Liv. I, Cap. 1.

TOME SECOND.

PARIS.

GERMER BAILLIÈRE, LIBRAIRE-ÉDITEUR,

RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 17;

LONDRES, H. Baillière, 219, Regent-Street.

LEIPZIG, Brockhaus et Avenarius, Michelsen.

LYON, Savy, 48, quai des Célestins

FLORENCE, Rivordi et Cie, libraires.

MONTPELLIER, Castel, Sevalle.

1841.

LOCKED CAGE
G
.M67
v.3
1841

AVIS DE L'ÉDITEUR.

Les occupations toujours croissantes de M. Moreau ne lui ont pas permis de rédiger lui-même les deux derniers tiers de ce volume. De son consentement, la rédaction de cette partie a été faite sur les notes sténographiées pendant deux années au cours qu'il professe à la Faculté de médecine de Paris. Nous avons cru être agréable à MM. les souscripteurs en reproduisant à la fin du volume deux mémoires sur des points intéressans d'obstétrique, que M. Moreau a insérés, il y a plusieurs années, dans des recueils périodiques dont la collection n'existe qu'entre les mains d'un petit nombre de personnes.

Digitized by the Internet Archive
in 2011 with funding from
LYRASIS Members and Sloan Foundation

http://www.archive.org/details/traitepratiquede02more

TRAITÉ PRATIQUE

DES

ACCOUCHEMENS.

TROISIÈME PARTIE.

EXPULSION DU PRODUIT DE LA CONCEPTION.

Après avoir séjourné un temps plus ou moins long dans la cavité utérine, et y avoir éprouvé la totalité ou une partie seulement des changemens nécessaires pour arriver à un développement complet, le produit de la conception en est expulsé. Cette expulsion constitue une fonction qui, considérée d'une manière générale, c'est-à-dire dans son application à toute la série des mammifères, porte le nom de *parturition*.

L'époque à laquelle cette fonction s'accomplit est ordinairement celle de la maturité de l'œuf. Cependant il arrive assez souvent qu'elle s'opère avant; quelquefois aussi, mais plus rarement, elle ne s'effectue qu'après. Chez les animaux, on appelle *avortement* l'expulsion qui arrive avant que le fœtus soit viable, et *part* celle qui se fait quand il a parcouru toutes les phases de la vie intra-utérine. Dans l'espèce humaine, on nomme *effluxion* l'expulsion qui a lieu durant les sept premiers jours de la grossesse, parce que l'ovule, n'ayant point encore contracté d'adhérences intimes

avec l'utérus, en est chassé sans que la femme éprouve de douleur, et souvent même sans qu'elle s'aperçoive de ce qui se passe en elle. La dénomination de *fausse couche* ou d'*avortement* désigne l'expulsion qui survient avant le terme de la viabilité du fœtus. On appelle accouchement *prématuré* celui qui s'opère du cent quatre-vingtième jour au neuvième mois, et *accouchement proprement dit* celui qui survient à deux cent soixante-dix jours de conception, c'est-à-dire quand le fœtus a acquis un développement entier. Toutefois, comme il est rare que les femmes connaissent le moment précis où elles ont conçu, et qu'une erreur peut se glisser dans leur calcul, on étend cette dénomination à toute expulsion qui arrive du deux cent soixantième au deux cent quatre-vingtième jour. Enfin l'accouchement est dit *tardif*, quand il survient au-delà de ce terme.

L'accouchement étant le résultat final de la grossesse, le but légitime que la nature se propose d'atteindre, c'est par lui que nous commencerons l'étude des diverses expulsions du produit de la conception; l'effluxion et l'avortement, qui ne constituent que des anomalies dans la marche et la durée de la grossesse, seront examinés plus tard.

DE L'ACCOUCHEMENT.

I. Définition de l'accouchement.

Très peu d'auteurs ont cherché à définir l'accouchement, et ceux qui en ont donné une définition n'ont pas produit la même. Mauriceau nomme ainsi l'émission ou l'extraction de l'enfant à terme hors de la

matrice. Desormeaux s'est borné à paraphraser cette définition simple en disant que l'accouchement consiste dans l'expulsion ou l'extraction du fœtus hors de la matrice où il s'est développé pendant tout le temps de la gestation. D'autres n'ont eu aucun égard à l'époque de la grossesse. Ainsi l'accouchement est pour Maygrier la sortie de l'enfant et de ses annexes hors de l'utérus; pour Gardien et madame Boivin, l'expulsion spontanée ou l'extraction de l'enfant et de ses dépendances; pour M. Velpeau, l'expulsion de l'œuf hors du sein de la femme. La plupart de ces définitions ont le défaut d'être trop générales, et quelques unes, la dernière surtout, s'appliquent aussi bien à l'avortement et à l'effluxion.

Si nous voulions donner une définition de l'accouchement aussi générale que possible, nous dirions que c'est une fonction qui consiste dans l'expulsion hors des organes maternels de la totalité du produit de la conception arrivé à maturité; mais cette définition, qui convient également au part et à l'enfantement, doit être réservée pour la parturition. Nous bornant donc à ce qui concerne l'espèce humaine, faisant abstraction des naissances hâtives et tardives, comme aussi de l'état de vie ou de mort du fœtus, nous dirons que l'accouchement est une fonction qui consiste dans l'*expulsion du fœtus à terme et de ses annexes hors du sein de sa mère.* Cette définition, courte, claire, et surtout ne pouvant s'appliquer rigoureusement qu'à l'objet défini, nous paraît préférable à celles qui précèdent.

II. Conditions de l'accouchement.

Pour que l'accouchement puisse s'effectuer comme le comporte la définition qui vient d'en être donnée, il faut le concours d'un certain nombre de circonstances ou conditions, relatives, les unes à la mère, et les autres au fœtus.

Du côté de la mère, il faut :

1° Que le bassin ait les proportions requises pour permettre au fœtus de passer : si ses dimensions sont trop petites, il y a obstacle insurmontable, et l'accouchement naturel devient impossible ;

2° Que l'utérus soit doué d'une force contractile suffisante pour surmonter les obstacles qui pourraient s'opposer à la progression du fœtus ;

3° Que l'axe de cet organe soit parallèle à celui du détroit abdominal ;

4° Que le col de l'utérus, le vagin, les parties molles qui constituent la vulve, et celles qui tapissent l'intérieur du bassin, offrent le degré de souplesse nécessaire pour se prêter à une extension et à une dilatation convenables. On conçoit, en effet, que si le col est squirrheux, s'il existe des brides ou des cicatrices dans le vagin, des engorgemens ou des tumeurs dans le bassin, l'accouchement pourra être empêché ;

5° Que la femme ait assez d'énergie physique et morale pour supporter les fatigues de l'enfantement, et pour seconder les efforts de l'utérus ; car si elle est débile ou pusillanime, elle ne mettra pas en jeu les muscles soumis à l'empire de la volonté, et l'utérus, étant abandonné à ses propres forces, ne pourra se

débarrasser ou se débarrassera difficilement du produit de la conception.

Du côté du fœtus, les conditions sont moins nombreuses, mais tout aussi essentielles. Il faut :

1° Que le fœtus soit contenu dans l'utérus ; il est évident que, s'il s'est développé en dehors de cet organe, son expulsion par les voies naturelles ne pourra avoir lieu.

2° Que son volume soit proportionné à l'étendue des ouvertures et de la cavité du bassin qu'il doit parcourir ; s'il est monstrueux, s'il est trop gros, si l'une de ses parties a un volume disproportionné, s'il est affecté d'hydrocéphale, d'hydrothorax ou d'ascite, l'accouchement naturel ne pourra se faire ;

3° Qu'il soit convenablement situé, c'est-à-dire qu'il offre à l'orifice de l'utérus l'une des deux extrémités de l'ovoïde qu'il représente. La nécessité de cette condition n'avait pas échappé aux anciens observateurs. Hippocrate comparait le fœtus contenu dans le sein de sa mère à un noyau d'olive renfermé dans une bouteille, de sorte que si ce noyau se présente au goulot par l'une de ses extrémités, il passera sans peine, au lieu que, s'il se présente en travers, il ne pourra passer.

Lorsque toutes ces conditions se rencontrent, l'expulsion du fœtus a lieu d'une manière plus ou moins prompte, plus ou moins facile, et sous l'influence des seuls efforts de la nature : en un mot l'accouchement est *naturel*. Mais quand l'une et à plus forte raison plusieurs d'entre elles viennent à manquer, l'expulsion se trouve gênée, embarrassée, quelquefois même rendue impossible sans l'intervention plus ou moins active de l'art : on dit alors que l'accouchement est *artificiel*.

III. Classification des accouchemens.

Si les accouchemens ne s'effectuent pas toujours de la même manière, s'ils offrent des différences remarquables et tranchées, on ne saurait les renfermer dans un seul et même cadre, et il y a nécessité d'établir des distinctions entre eux, en un mot de les classer. Cette vérité a été sentie dès l'origine de l'art; mais, pendant une longue suite de siècles, on ne connut d'autre classification que celle qui reposait sur la manière dont la fonction s'exécute, soit que les seuls efforts de la femme y suffisent, soit qu'une assistance étrangère devienne indispensable. En général, les accouchemens de la première espèce furent appelés *naturels*, et ceux de la seconde *contre nature*. Telle fut la marche suivie, à l'exemple d'Hippocrate, par Guillemeau, Mauriceau, Amand, Dionis, Portal, Deleurye, etc. On finit toutefois par trouver cette simple division insuffisante. Delamotte appela *naturels* les accouchemens qui se font d'eux-mêmes, le fœtus présentant la tête ou les fesses; *laborieux* ceux qui, malgré la position avantageuse de l'enfant, exigent quelque secours de l'art; et *contre nature* ceux dans lesquels toute autre partie que la tête ou les fesses se présente. Pour Smellie, l'accouchement est *naturel* quand il a lieu par la tête, *laborieux* lorsque la sortie de la tête ne peut s'accomplir sans assistance, et *contre nature* quand il faut tirer l'enfant par les pieds ou délivrer le corps avant la tête. Suivant Millot, la présentation de la tête constitue l'accouchement *naturel proprement dit*, celle des fesses l'accouchement *naturel irrégulier*, la nécessité de recourir à la main seule ou armée d'instrumens, l'accou-

chement *artificiel*, et celle de pratiquer une route artificielle à l'enfant, l'accouchement *contre nature*. Denman nommait *naturel* celui dont la nature seule fait tous les frais, *contre nature* celui dans lequel il se présente une autre partie que la tête, *laborieux* celui qui se prolonge au-delà de vingt-quatre heures, et *irrégulier* celui qui réclame l'intervention de l'art, ne durât-il pas plus d'une heure. Outre les accouchemens *naturels*, qui n'ont pas besoin de définition, Flamant en admettait de *non naturels*, dans lesquels il faut appliquer la main, seule ou armée d'instrumens, mais sans intéresser l'intégrité du corps ni du fœtus ni de la mère, et d'autres *contre nature*, qui exigent l'application d'instrumens divisans sur le fœtus, sur la mère, ou sur les deux à la fois. On a également établi des accouchemens *manuels*, dans lesquels la main suffit; *mécaniques*, qui réclament l'emploi des instrumens; *mixtes*, où il suffit de changer la position du fœtus pour que la nature n'ait plus besoin de secours. Je passe sous silence d'autres modes de division peu importans, et qui, à de légères différences près, rentrent dans quelqu'un des précédens.

Dans toutes ces classifications, on ne s'était attaché qu'à la manière dont l'accouchement se termine, signalant tout au plus, comme un fait accessoire, la partie du fœtus qui se présente, mais sans chercher à déterminer quels pouvaient être les rapports de cette partie avec les différens points de la circonférence du détroit supérieur du bassin. Ce fut Solayrès (1) qui introduisit

(1) *Dissertatio de partu viribus maternis absoluto.* Paris, 1771. — Cet opuscule est devenu extrêmement rare. Siebold en a publié une nouvelle édition, annotée, à Berlin, en 1831.

ce nouveau mode de considérations. A l'époque où Sauvages voulut étendre à la médecine la classification méthodique dont on venait de faire une si belle application aux diverses branches de l'histoire naturelle, Solayrès en proposa une analogue pour les accouchemens. Il les divisa en trois classes, de la manière suivante :

1re Classe. Accouchemens *naturels*, ou qui se terminent par les seuls efforts de la nature.

Cette classe comprend deux ordres, déterminés d'après la durée du travail, chaque ordre des genres qui le sont d'après les régions que l'enfant présente à l'orifice de la matrice, et chaque genre des espèces qui le sont d'après les rapports de cette région avec telle ou telle partie du bassin.

1er *ordre*. Accouchemens qui ont lieu dans l'espace de six à vingt-quatre heures au plus.

1er *genre*. Présentation de l'occiput, qui peut correspondre :
1re espèce. A la symphyse pubienne.
2e espèce. A la région sacro-vertébrale.
3e espèce. A la cavité cotyloïde gauche.
4e espèce. A la symphyse sacro-iliaque droite.
5e espèce. A la cavité cotyloïde droite.
6e espèce. A la symphyse sacro-iliaque gauche.

2e *genre*. Présentation des pieds, les talons étant situés :
1re espèce. Vis-à-vis du pubis.
2e espèce. Vis-à-vis du sacrum.
3e espèce. En avant et à gauche.
4e espèce. En avant et à droite.

3e *genre*. Présentation des genoux, les cuisses étant tournées :
1re espèce. Vers le sacrum.
2e espèce. Vers le pubis.
3e espèce. Du côté droit.
4e espèce. Du côté gauche.

4e *genre.* Présentation des fesses, le dos étant tourné :
1re espèce. Vers le pubis.
2e espèce. Vers le sacrum.
3e espèce. En avant et à gauche.
4e espèce. En avant et à droite.

2e *ordre.* Accouchemens qui exigent plus de vingt-quatre heures. Le nombre des genres et des espèces est le même dans cet ordre que dans le précédent.

2e Classe. Accouchemens qui ne sont pas possibles sans l'application de la main de l'accoucheur, aidée ou non des efforts de la mère.

Cette classe comprend quatre ordres, fondés sur les régions du corps de l'enfant qui se présentent, chaque ordre des genres établis d'après la partie qui s'engage, et enfin chaque genre des espèces relatives à la situation que cette partie affecte. Ces considérations étant les mêmes que celles qui ont servi de base à la division de la classe précédente, il y a quatre espèces aussi dans chaque genre de chaque ordre, excepté dans le second genre du premier ordre, qui en comprend six, comme ci-dessus.

1er *ordre.* Présentation de la partie antérieure du corps, du ventre ou des pieds.
1er genre. Les pieds.
2e genre. Le ventre.
3e genre. La face.
4e genre. La partie antérieure du cou.
5e genre. La partie antérieure de la poitrine.
6e genre. La partie antérieure du ventre.
7e genre. La partie antérieure du bassin.
8e genre. Les genoux.

2e *ordre.* Présentation de la partie postérieure du corps.
1er genre. L'occiput.
2e genre. La nuque.
3e genre. Le dos.

4e genre. Les lombes.
5e genre. Les fesses.

3e *ordre.* Présentation de la partie latérale droite du corps.
1er genre. Côté droit de la tête.
2e genre. Côté droit du cou.
3e genre. Épaule droite.
4e genre. Côté droit du tronc.
5e genre. Hanche droite.

4e *ordre.* Présentation de la partie latérale gauche.
1er genre. Côté gauche de la tête.
2e genre. Côté gauche du cou.
3e genre. Épaule gauche.
4e genre. Côté gauche du tronc,
5e genre. Hanche gauche,

3e CLASSE. Accouchemens qui ne peuvent avoir lieu sans le secours d'instruments.

Ici le principe qui préside à l'établissement des ordres n'est pas le même partout. Dans les trois premiers seulement les caractères sont tirés de la région sur laquelle on applique les instrumens, et les genres de la situation particulière de ces régions.

1er *ordre.* Accouchemens qui réclament l'emploi des lacs.
1er genre. Présentation des pieds.
2e genre. Présentation des genoux.
3e genre. Présentation des fesses.
4e genre. La tête retenue dans la matrice après l'arrachement du corps.

2e *ordre.* Accouchemens qui réclament l'emploi du forceps.
1er genre. Vertex.
2e genre. Base du crâne.
3e genre. Face.
4e genre. Occiput.
5e genre. Côté droit de la tête.
6e genre. Côté gauche de la tête.
7e genre. Fesses.
8e genre. Fœtus abortifs.

3e *ordre*. Accouchemens qui exigent qu'on fasse agir des instrumens piquans ou tranchans sur le corps de l'enfant.

1er genre. Sur la tête de l'enfant, le corps étant encore contenu dans la matrice.

2e genre. Sur la tête de l'enfant détachée du corps.

3e genre. Sur le ventre tuméfié par une cause quelconque.

4e genre. Sur la poitrine ayant une ampliation insolite.

5e genre. Difformités du fœtus qui exigent des séparations.

6e genre. Entortillement du cordon.

4e *ordre*. Accouchemens qui exigent qu'on fasse agir des instrumens piquans ou tranchans sur le corps de la mère, pour donner issue à l'enfant.

1er genre. Tumeurs inflammatoires chez la mère.

2e genre. Tumeurs chroniques chez la mère.

3e genre. Etroitesse excessive du bassin, et grossesse extra-utérine.

Cette classification a servi, jusque dans ces derniers temps, de modèle à presque toutes celles qui ont été proposées, en France surtout. Baudelocque, élève de Solayrès, l'adopta, en la modifiant un peu, du moins pour ce qui concerne les présentations et les positions, en développant quelques points que son maître n'avait touchés pour ainsi dire qu'en passant, et surtout en retirant les présentations de la face du nombre de celles qui excluent la possibilité de l'accouchement naturel. Il parvint de cette manière à établir quatre-vingt-quatre positions différentes du fœtus dans le sein de sa mère. Le principal reproche qu'on ait adressé à cette classification, c'est de multiplier à l'infini les modes d'accouchement, et de jeter par là de la confusion dans les esprits. Mais, en se plaçant sous le même point de vue que Solayrès et Baudelocque, loin de la trouver trop étendue, on pourrait dire, au contraire, qu'elle était trop restreinte, car il n'y a pas un

seul point de la surface du corps de l'enfant qui ne soit susceptible, dans des conditions données, de s'offrir à l'orifice de l'utérus; de sorte qu'à la rigueur il serait concevable qu'en prenant cette considération pour point de départ, on établît autant d'espèces qu'il y a, dans le corps du fœtus, d'étendues correspondantes à celle qu'offre l'ouverture plus ou moins dilatée de l'utérus. C'est donc ailleurs que la critique doit s'attacher pour ne point porter à faux. Quoi qu'il en soit, voici la classification de Baudelocque.

1er *ordre*. Accouchemens naturels.

1re *espèce*. Présentation du sommet de la tête.

1re position. Occiput répondant à la cavité cotyloïdienne gauche (3e de Solayrès).

2e position. Occiput répondant à la cavité cotyloïdienne droite (5e de Solayrès).

3e position. Occiput répondant à la symphyse pubienne (1re de Solayrès).

4e position. Occiput répondant à la symphyse sacro-iliaque droite (4e de Solayrès).

5e position. Occiput répondant à la symphyse sacro-iliaque gauche (6e de Solayrès).

6e position. Occiput répondant à l'angle sacro-vertébral (2e de Solayrès).

2e *espèce*. Présentation des pieds.

1re position. Talons à gauche.

2e position. Talons à droite.

3e position. Talons en avant.

4e position. Talons en arrière.

3e *espèce*. Présentation des genoux.

1re position. Jambes à gauche.

2e position. Jambes à droite.

3e position. Jambes en avant.

4e position. Jambes en arrière.

4e *espèce*. Présentation des fesses.

1re position. Dos à gauche.

2e position. Dos à droite.
3e position. Dos en avant.
4e position. Dos en arrière.

2e *ordre*. Accouchemens contre nature, qui exigent le concours de la main de l'accoucheur.

1re *espèce*. Présentation des pieds.
Quatre positions, comme dans l'ordre précédent.

2e *espèce*. Présentation des genoux.
Quatre positions, comme dans l'ordre précédent.

3e *espèce*. Présentation des fesses.
Quatre positions, comme dans l'ordre précédent.

4e *espèce*. Présentation du sommet de la tête.
Six positions, comme dans l'ordre précédent.

5e *espèce*. Présentation du plan antérieur du corps.

1° Face.

1re position. Menton à l'angle sacro-vertébral.
2e position. Menton derrière les pubis.
3e position. Menton à droite.
4e position. Menton à gauche.

2° Devant du cou.

1re position. Tête appuyée sur les pubis.
2e position. Tête appuyée sur le sacrum.
3e position. Tête sur le devant de la fosse iliaque gauche.
4e position. Tête sur le devant de la fosse iliaque droite.

3° oitrine

1re position. Ventre au-dessus du sacrum.
2e position. Ventre au-dessus des pubis.
3e position. Ventre sur la fosse iliaque droite.
4e position. Ventre sur la fosse iliaque gauche.

4° Ventre.

1re position. Poitrine au-dessus des pubis.
2e position. Poitrine au-dessus du sacrum.

3e position. Poitrine sur la fosse iliaque gauche.
4e position. Poitrine sur la fosse iliaque droite.

6e *espèce*. Présentation du plan postérieur du corps.

1° Occiput.

1re position. Sommet de la tête appuyé contre la saillie du sacrum.
2e position. Sommet de la tête au-dessus des pubis.
3e position. Sommet de la tête à gauche.
4e position. Sommet de la tête à droite.

2° Nuque.

1re position. Oreille sur le rebord des pubis.
2e position. Oreille sur le côté de la saillie du sacrum.
3e position. Oreille au bas de la fosse iliaque gauche.
4e position. Oreille au bas de la fosse iliaque droite.

3° Dos.

1re position. Lombes au-dessus du sacrum.
2e position. Lombes au-dessus des pubis.
3e position. Lombes à droite.
4e position. Lombes à gauche.

6e *espèce*. Présentation du plan latéral du corps.

1° Côté de la tête.

1re position. Sommet au-dessus des pubis.
2e position. Sommet sur l'angle sacro-vertébral.
3e position. Sommet au bas de la fosse iliaque gauche.
4e position. Sommet au bas de la fosse iliaque droite.

2° Côté du cou.

1re position. Oreille sur les pubis.
2e position. Oreille sur la base du sacrum.
3e position. Oreille sur la fosse iliaque gauche.
4e position. Oreille sur la fosse iliaque droite.

3° Epaule.

1re position. Côté du cou sur le rebord des pubis.
2e position. Côté du cou sur le bord supérieur du sacrum.
3e position. Côté du cou sur la fosse iliaque gauche.
4e position. Côté du cou sur la fosse iliaque droite.

4° Côté de la poitrine.

1re position. Aisselle sur les pubis.
2e position. Aisselle à la base du sacrum.
3e position. Aisselle sur le bas de la fosse iliaque gauche
4e position. Aisselle sur le bas de la fosse iliaque droite.

5° Hanche.

1re position. Fesse sur la base du sacrum.
2 position. Fesse contre le pubis.
3e position. Fesse au bas de la fosse iliaque droite.
4e position. Fesse au bas de la fosse iliaque gauche.

3e *ordre*. Accouchemens laborieux, qui exigent l'emploi des instrumens.

1re *espèce*. Application des instrumens au corps de l'enfant.
2e *espèce*. Application des instrumens au corps de la mère.

Gardien ne s'est écarté de Baudelocque que sous un petit nombre de rapports peu importans. Ses classes sont au nombre de trois : accouchemens *naturels*, *mixtes*, et *contre nature*.

La première classe est exactement calquée sur celle de Baudelocque, eu égard au nombre des espèces et des positions. Gardien, pour soulager la mémoire, a imaginé d'imposer des noms spéciaux aux six positions du sommet de la tête. Il les appelle, la première *occipito-cotyloïdienne gauche*, la seconde *occipito-cotyloïdienne droite*, la troisième *occipito-pubienne*, la quatrième *occipito-sacro-iliaque droite* ou *fronto-cotyloïdienne gauche*, la cinquième *occipito-sacro-iliaque gauche* ou *fronto-cotyloïdienne droite*, et la sixième *occipito-sacrée* ou *fronto-pubienne*. On a conservé depuis ces dénominations, et on en a créé d'analogues pour toutes les positions.

La seconde classe renferme les accouchemens que la nature ne peut point, en général, terminer par ses

seules forces, mais qui rentrent dans son domaine lorsqu'on a remédié à la complication qui les rendait impossibles. Tels sont ceux dans lesquels, à raison d'une déviation vicieuse des forces expulsives de l'utérus, la tête, au lieu de se fléchir, se renverse sur le dos, et présente au détroit le front et la face. Telle est encore la présence d'un des côtés de la tête ou de la nuque.

Quant à la troisième classe, celle des accouchemens contre nature, elle se compose de deux ordres.

1er Ordre. Accouchemens artificiels où la main suffit pour extraire l'enfant.

1re *section*. Accouchemens accidentellement contre nature, où la main suffit.

Ce sont les six espèces où la tête se présente par la région occipitale ou dans un état de renversement, tous les cas de la seconde classe lorsque l'on ne peut réduire la tête à sa situation naturelle, enfin les accouchemens par les pieds, les genoux et les fesses, quand un accident ne permet pas de les confier à la nature.

2e *section*. Accouchemens essentiellement contre nature, où la main suffit.

1er *genre*. Présentation de la partie latérale du tronc.

1re espèce. Pieds tournés à droite.
2e espèce. Pieds tournés à gauche.
3e espèce. Pieds vers le sacrum.
4e espèce. Pieds au-dessus du pubis.

2e *genre*. Présentation de la région du dos.

1re espèce. Tête sur la fosse iliaque gauche.
2e espèce. Tête sur la fosse iliaque droite.
3e espèce. Tête sur la symphyse du pubis.
4e espèce. Tête sur le sacrum ou ses côtés.

3e *genre.* Présentation de la partie antérieure du tronc.
1re espèce. Tête sur la fosse iliaque gauche.
2e espèce. Tête sur la fosse iliaque droite.
3e espèce. Tête sur la symphyse du pubis.
4e espèce. Tête sur le sacrum ou ses côtés.

4e *genre.* Sortie du bras et de la main.

2e Ordre. Accouchemens dans lesquels il faut employer un instrument pour extraire l'enfant.

1er *genre.* Instrumens qui agissent sans intéresser la continuité des parties de la mère ou de l'enfant.

1er *sous-genre.* Lorsque la tête se présente la première.
Huit espèces, savoir, les six reconnues dans l'accouchement naturel par la tête, et deux pour le cas où la tête est située transversalement.

2e *sous-genre.* Lorsque le tronc est déjà au-dehors.
Le nombre des espèces correspond à celui des accouchemens par les pieds.

2e *genre.* Instrumens qui intéressent l'intégrité des parties de la mère.
1re espèce. Gastrotomie.
2e espèce. Hystérotomie.
3e espèce. Gastro-hystérotomie.
4e espèce. Symphyséotomie.

3e *genre.* Instrumens qui divisent quelque partie du fœtus.
1re espèce. Instrumens propres à faire écouler les eaux dans les cas d'hydrocéphale, d'hydrothorax et d'ascite.
2e espèce. Emploi du perce-crâne, application des crochets.
3e espèce. Instrumens propres à extraire le tronc resté dans l'utérus.

Flamant avait essayé de simplifier la classification de Baudelocque. Mais la sienne était encore fort compliquée, comme on en pourra juger par le tableau suivant.

1er Ordre. *Accouchemens naturels,* qui s'opèrent par la seule force des organes de la mère, ou dans lesquels la nature développe assez de ressources pour les terminer, lors même que quelques circonstances les rendent longs et difficiles.

1er *genre.* Présentation de la tête.

1re espèce. Occiput au-dessus de la cavité cotyloïde gauche.

2e espèce. Occiput au-dessus de la cavité cotyloïde droite.

3e espèce. Occiput au-dessus de la symphyse pubienne.

4e espèce. Occiput au-dessus de la symphyse sacro-iliaque droite.

5e espèce. Occiput au-dessus de la symphyse sacroiliaque gauche.

6e espèce. Occiput au-dessus de la symphyse sacro-vertébrale.

2e *genre.* Présentation des pieds.

1re espèce. Talons au côté gauche du bassin.

2e espèce. Talons au côté droit du bassin.

3e espèce. Talons à la symphyse pubienne.

4e espèce. Talons à la symphyse sacro-vertébrale.

3e *genre.* Présentation des genoux.

1re espèce. Devant des jambes à gauche.

2e espèce. Devant des jambes à droite.

3e espèce. Devant des jambes en avant.

4e espèce. Devant des jambes en arrière.

4e *genre.* Présentation des fesses.

1re espèce. Dos à gauche.

2e espèce. Dos à droite.

3e espèce. Dos en avant.

4e espèce. Dos en arrière.

2e ORDRE. *Accouchemens non naturels*, qui exigent l'application de la main, seule ou armée d'instruments propres à favoriser l'extraction du fœtus, sans intéresser l'intégrité de ses parties ni celle des parties de la mère.

1er *genre.* Tête arrêtée au détroit abdominal ou au détroit périnéal, ou enclavée.

1re espèce. Occiput à la partie interne de la cavité cotyloïdienne gauche.

2e espèce. Occiput sur la partie interne de la cavité cotyloïdienne droite.

3e espèce. Occiput à la partie interne de la symphyse pubienne.

4e espèce. Occiput à la partie interne de la symphyse sacro-iliaque droite.

5e espèce. Occiput à la partie interne de la symphyse sacro-iliaque gauche.

6e espèce. Occiput à la partie interne de la symphyse sacro-vertébrale.

7e espèce. Occiput à la partie interne du côté gauche du bassin.

8e espèce. Occiput à la partie interne du côté droit du bassin.

2e *genre*. Les pieds.

Quatre espèces, qui sont les mêmes que dans le premier ordre.

3e *genre*. Le plan dorsal.

1re espèce. Tête sur la fosse iliaque droite.

2e espèce. Tête sur la fosse iliaque gauche.

3e espèce. Tête sur le sacrum ou ses côtés.

4e espèce. Tête sur la symphyse pubienne.

4e *genre*. Le plan sternal.

1re espèce. Tête sur la fosse iliaque droite.

2e espèce. Tête sur la fosse iliaque gauche.

3e espèce. Tête sur le sacrum ou ses côtés.

4e espèce. Tête sur la symphyse pubienne.

5e *genre*. Le plan latéral gauche.

1re espèce. Plan sternal répondant au sacrum de la mère.

2e espèce. Plan sternal répondant aux pubis de la mère.

3e espèce. Plan sternal répondant au côté gauche de la mère.

4e espèce. Plan sternal répondant au côté droit de la mère.

6e *genre*. Le plan latéral droit.

1re espèce. Plan sternal répondant aux pubis de la mère.

2e espèce. Plan sternal répondant au sacrum de la mère.

3e espèce. Plan sternal répondant au côté droit de la mère.

4e espèce. Plan sternal répondant au côté gauche de la mère.

3e ORDRE. *Accouchemens contre nature*, qui exigent l'application des

instrumens divisans sur le fœtus, sur la mère, ou sur les deux en même temps.

1er *genre*. Sur le fœtus.

1re espèce. Extraction de la totalité du fœtus avec les crochets.

2e espèce. Extraction du tronc resté dans l'utérus.

3e espèce. Extraction de la tête restée dans l'utérus.

4e espèce. Extraction du fœtus mort.

5e espèce. Amputation de quelques parties monstrueuses.

6e espèce. Paracentèse pour hydrocéphale, hydrothorax ou ascite.

2e *genre*. Sur la mère.

1re espèce. Hystérotomie vaginale.

2e espèce. Gastrotomie.

3e espèce. Hystérotomie abdominale

4e espèce. Synchondrotomie pubienne.

3e *genre*. Toutes les combinaisons possibles des opérations pratiquées sur la mère avec celles qu'on pratique sur le fœtus.

Madame Lachapelle a également réduit les nombreuses espèces de Baudelocque. Le tableau suivant indique les positions fondamentales qu'elle admettait ; nous avons omis l'énumération des variétés qu'elle signale dans chacune d'elles.

1er *genre*. Présentation du vertex.

1re espèce. Occiput à gauche et en avant.

2e espèce Occiput à droite et en avant.

3e espèce Occiput à droite et en arrière.

4e espèce. Occiput à gauche et en arrière.

5e espèce. Occiput à gauche, transversalement.

6e espèce. Occiput à droite, transversalement.

2e *genre*. Présentation des fesses.

1re espèce. Lombes à gauche.

2e espèce. Lombes à droite.

3e espèce. Lombes en avant.

4e espèce. Lombes en arrière.

3e *genre.* Présentation des pieds.
1re espèce. Talons à gauche.
2e espèce. Talons à droite.
3e espèce. Talons en avant.
4e espèce. Talons en arrière.

4e *genre.* Présentation des genoux.
1re espèce. Fesses à gauche.
2e espèce. Fesses à droite.
3e espèce. Fesses en avant.
4e espèce. Fesses en arrière.

5e *genre.* Présentation de la face.
1re espèce. Front à gauche.
2e espèce. Front à droite.

6e *genre.* Présentation de l'épaule droite.
1re espèce. Tête à gauche.
2e espèce. Tête à droite.

7e *genre.* Présentation de l'épaule gauche.
1re espèce. Tête à gauche.
2e espèce. Tête à droite.

Un notable essai de simplification fut tenté par M. Naegele, de Heidelberg, dont nous allons présenter la classification d'une manière sommaire, d'après la dernière édition de son Manuel :

1re CLASSE. Accouchemens naturels.
A. Par l'extrémité céphalique.

1er *genre.* Par le crâne.
1° Ordinaires.
1re espèce. Le pariétal droit en avant, la petite fontanelle tournée à gauche, et plus ou moins en avant.
2e espèce. Le pariétal gauche en avant, la petite fontanelle tournée à droite, et plus ou moins en arrière.

2° Extraordinaires, quand la tête répond au diamètre antéro-postérieur, au diamètre transversal, au diamètre oblique, que la petite fontanelle est à gauche et en arrière ou à droite et en avant.

2e *genre*. Par la face.

1re espèce. Moitié droite de la face en avant, le front tourné à gauche.

2e espèce. Moitié gauche de la face en avant, le front tourné à droite.

B. Par l'extrémité pelvienne.

3e *genre*. Par le siége.

1re espèce. Dos tourné vers la paroi antérieure de la matrice.

2e espèce. Dos tourné vers la paroi postérieure de la matrice.

4e *genre*. Par les pieds.

1re espèce. Orteils tournés en arrière.

2e espèce. Orteils tournés en avant.

2e CLASSE. Accouchemens vicieux, qui exigent l'intervention de l'art.

1o Le travail est difficile ou impossible par les seules forces de la nature.

1re espèce. Mauvaise position de l'enfant.

2e espèce. Vices de conformation ou de grosseur de l'enfant.

3e espèce. Mauvaise conformation du bassin.

4e espèce. Anomalies des forces expulsives.

2o Le travail n'est pas plus difficile qu'à l'ordinaire.

1re espèce. Marche trop rapide du travail.

2e espèce. Procidence et autres anomalies du cordon.

3e espèce. Concrétions, hémorrhagies, etc.

Nous avons été un des premiers en France à nous engager dans cette nouvelle voie de réforme, qui consistait principalement à prendre pour base, non plus les points par lesquels le corps de l'enfant peut se présenter au détroit abdominal, mais les divers rapports possibles de toute la surface à laquelle appartiennent ces points accessibles au doigt, avec telle ou telle portion du contour de ce même détroit.

Cette marche, que nous suivons depuis plusieurs années dans nos cours, a été adoptée aussi par M. Paul

Dubois, qui, dans la classification qu'il a publiée en 1834 (1), admet trois genres de présentations du fœtus, susceptibles d'ailleurs d'être chacune soit régulières ou franches, soit irrégulières ou défectueuses, savoir :

1er *genre.* Présentations de l'extrémité céphalique.
1° Présentations du sommet ; deux positions.
1re position. Occipito-latérale gauche.
2e position. Occipito-latérale droite.

1° Présentations de la face : deux positions.
1re position. Mento-latérale droite.
2e position. Mento-latérale gauche.

2e *genre.* Présentations de l'extrémité pelvienne, c'est-à-dire des pieds, des genoux ou des fesses ; deux positions.
1re position. Sacro-latérale gauche.
2e position. Sacro-latérale droite.

3e *genre.* Présentations du tronc.
1° Présentations de la région latérale droite ; deux positions.
1re position. Céphalo-latérale gauche.
2e position. Céphalo-latérale droite.

2° Présentations de la région latérale gauche ; deux positions.
1re position. Céphalo-latérale droite.
2e position. Céphalo-latérale gauche.

Maintenant il nous reste à faire connaître la classification que nous adoptons, et dont celle de M. Paul Dubois se rapproche, quant au fond.

Nous établissons d'abord deux grandes classes : l'une pour les accouchemens naturels, ceux qui peuvent se terminer par les seuls efforts de la nature ; l'autre pour les accouchemens artificiels, ceux dans lesquels l'art est obligé d'intervenir d'une manière puls ou moins active.

---

(1) *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, février 1834.

Les accouchemens naturels sont partagés en trois ordres, suivant les parties du fœtus qui s'offrent à l'orifice de l'utérus. Sous ce point de vue, il est nécessaire d'établir des divisions dans le corps de l'enfant. Or, nous admettons, comme le fait M.P. Dubois, trois parties bien distinctes, qui sont : 1° l'extrémité céphalique, comprenant la tête jusqu'aux épaules ; 2° l'extrémité pelvienne, qui comprend toute la partie inférieure du corps jusqu'aux hanches ; 3° enfin la région intermédiaire à ces deux extrémités, c'est-à-dire le tronc ou le torse. Par rapport à l'accouchement, le fait seul de la présence d'une région quelconque du fœtus au détroit abdominal constitue ce qu'on appelle la *présentation*, et les rapports particuliers des divers points de cette région avec les divers points de l'entrée du bassin établissent la *position*. La présentation sert à caractériser le genre, et la position caractérise l'espèce.

Le premier ordre des accouchemens naturels comprend les présentations de l'extrémité céphalique, abstraction faite de la position relative de la tête du fœtus et du bassin de la mère. Au second se rapportent toutes celles de l'extrémité pelvienne, ou des fesses, des genoux et des pieds. Le troisième comprend celles du tronc.

Le premier ordre est divisé en trois genres, qui embrassent, le premier, les présentations du sommet de la tête, les plus fréquentes de toutes ; le second, celles de la face, qui sont infiniment moins communes que les précédentes; le troisième, celles des parties latérales de la tête, les plus rares de toutes, et qui ne sont que des déviations des précédentes.

Dans le premier genre nous reconnaissons quatre espèces, suivant que le diamètre occipito-frontal de la

tête, ou celui qui s'en rapproche le plus, correspondant au diamètre antéro-postérieur du bassin, est dirigé vers le pubis, ou vers le sacrum, ou suivant que ce même diamètre occipito-frontal se trouvant placé dans la direction du diamètre bis-iliaque du bassin, la tête est disposée transversalement ou obliquement, de telle sorte que l'occiput se trouve en rapport avec l'un ou l'autre ilium. A la vérité, pour ce qui concerne ces deux dernières espèces, il est clair que l'occiput peut répondre à tous les points de chaque demi-circonférence, et qu'en conséquence il y aurait, à la rigueur, possibilité d'admettre autant de variétés qu'il y a de points; mais ce serait les multiplier sans aucune utilité pour l'étude, encore moins pour la pratique. Nous les réduisons donc à six, savoir deux directement transversales, et quatre obliques, suivant que l'occiput est placé à droite ou à gauche, ou qu'il occupe, soit en avant, soit en arrière, un point quelconque de chacun des quarts de cercle limités d'un côté par le diamètre antéro-postérieur du bassin, et de l'autre par le diamètre bis-iliaque.

Quant au second genre, les présentations de la face, nous n'admettons que deux positions fondamentales, celle dans laquelle le menton regarde le côté droit du bassin, et celle dans laquelle il regarde le côté gauche, avec des variétés établies sur les mêmes principes que celles des positions occipito-ilium gauches ou droites.

Enfin le troisième genre, qui embrasse les présentations des côtés de la tête, comprend deux sous-genres, un pour le côté droit et un pour le côté gauche. Chaque sous-genre renferme trois variétés, fondées sur la position du lobule de l'oreille, suivant qu'il est en

rapport avec la symphyse pubienne, le sommet de la tête regardant l'angle sacro-vertébral, ou avec le côté droit du bassin, le vertex étant tourné à gauche, ou avec le côté gauche du bassin, le vertex étant tourné à droite.

Dans le second ordre, consacré aux présentations de l'extrémité pelvienne, nous établissons trois genres, pour celles du pelvis ou des fesses, des pieds et des genoux. Nous plaçons en première ligne les présentations des fesses, parce qu'elles sont fondamentales, et qu'elles sont les plus fréquentes : celles des pieds et des genoux n'en sont que des variétés, le mécanisme de l'accouchement étant le même. Nous conservons, dans le premier genre, les quatre espèces admises par Baudelocque. A notre avis, c'est à tort que M. Paul Dubois n'a admis que les positions droite et gauche : il a précisément retranché celles, fort rares à la vérité, qui offrent le plus de difficulté dans la pratique, et qui, sous ce rapport, méritent d'être maintenues. Les mêmes motifs nous déterminent à en agir de même pour le second et le troisième genres.

Quant au troisième ordre, il comprend les présentations du tronc, ou torse, et ses variétés. Nous devons faire observer que ces présentations, qui appartiennent essentiellement aux accouchemens artificiels, peuvent accidentellement, dans des circonstances exceptionnelles, se terminer sous l'influence des seuls efforts de la nature. Nous avons dû en faire, dans les accouchemens naturels, un ordre à part, que nous désignerons sous la dénomination d'accouchemens accidentellement naturels. Cet ordre comprend deux genres : 1° présentations du côté droit ; 2° présentations du côté gauche.

Chaque genre renferme deux espèces principales : 1° céphalo-ilium gauche ; 2° céphalo-ilium droite.

Les accouchemens de la seconde classe, que nous appelons *artificiels*, sont assez nombreux. Ils comprennent ceux dans lesquels des accidens mettent en danger l'existence de la mère et du fœtus, où des obstacles viennent s'opposer à la progression de celui-ci. Les ordres sont au nombre de trois. Dans les deux premiers, la mère et le fœtus ont une bonne conformation ; dans le troisième, l'un ou l'autre est mal conformé.

Le premier ordre comprend les accouchemens dans lesquels nous sommes obligés d'intervenir en raison de quelque accident survenu soit du côté de la mère, soit du côté du fœtus, ce qui permet d'établir deux genres.

Au second ordre se rapportent les accouchemens essentiellement artificiels. Ici il ne peut y avoir qu'un seul genre, qui a pour caractère la présentation du tronc du fœtus. Mais ce genre comprend deux sous-genres, fondés sur le côté du tronc qui se présente, et chaque sous-genre deux espèces fondamentales, relatives au rapport de la tête soit avec le côté droit, soit avec le côté gauche du bassin. Chacune de ces espèces pourrait être subdivisée en plusieurs variétés, suivant que l'épaule, le flanc ou le côté seraient plus ou moins rapprochés du centre du bassin, suivant qu'ils seraient dirigés transversalement, ou un peu plus en avant, ou un peu plus en arrière. Mais toutes ces subdivisions et d'autres encore, admises par Baudelocque et quelques uns des auteurs qui l'ont suivi, ne servent qu'à embarrasser la théorie, et n'ont aucune utilité pratique, puisque la méthode opératoire applicable aux variétés est

la même que celle qu'exige l'espèce fondamentale de laquelle elles émanent.

Dans le troisième ordre sont compris, en deux genres, les accouchemens que la nature ne peut accomplir seule parce qu'il y a mauvaise conformation soit du côté du fœtus, soit du côté de la mère.

Enfin un Appendice, qui pourrait à la rigueur former une quatrième classe d'accouchemens, embrasse quatre modes différens de terminaison de la grossesse, fondés sur les anomalies que cet état peut offrir dans son siége, sa marche ou ses produits, et sur les lésions de l'organe gestateur.

Le tableau suivant offre le résumé synoptique de notre classification.

1re CLASSE. *Accouchemens naturels.*

1er *ordre.* Présentations de l'extrémité céphalique.

1er *genre.* Présentations du sommet.

1re *position.* Occipito-ilium gauche.

1re variété. Directe ou transversale; Occipito-ilium gauche.

2e variété. Oblique : Occipito-antérieure gauche, ou occipito-cotyloïdienne gauche.

3e variété. Oblique; Occipito-postérieur gauche, ou fronto-cotyloïdienne droite.

2e *position.* Occipito-ilium droite.

1re variété. Directe et transversale; Occipito-ilium droite.

2e variété. Oblique; Occipito-antérieure droite, ou occipito-cotyloïdienne droite.

3e variété. Oblique; Occipito-postérieure droite, ou fronto-cotyloïdienne gauche.

3e *position.* Occipito-pubienne.

4e *position.* Occipito-sacrale.

2e *genre.* Présentations de la face.

1re *position.* Mento-ilium droite.

1re variété. Menton à droite et en avant.
2e variété. Menton directement à droite.
3e variété. Menton à droite et en arrière.

2e *position*. Mento-ilium gauche.
1re variété. Menton à gauche et en avant.
2e variété. Menton directement à gauche.
3e variété. Menton à gauche et en arrière.

3e *genre*. Présentations des côtés de la tête.

1er *sous-genre*. Présentations du côté droit de la tête.
1re position. Lobulo-pubienne.
2e position. Lobulo-ilium droite.
3e position. Lobulo-ilium gauche.

2e *sous-genre*. Présentations du côté gauche de la tête.
1re position. Lobulo-pubienne.
2e position. Lobulo-ilium droite.
3e position. Lobulo-ilium gauche.

2e *ordre*. Présentations de l'extrémité pelvienne.

1er *genre*. Présentations du pelvis ou des fesses.
1re position. Sacro-ilium gauche.
2e position. Sacro-ilium droite.
3e position. Sacro-pubienne.
4e position. Sacro-sacrale.

2e *genre*. Présentations des pieds.
1re position. Calcanéo-ilium gauche.
2e position. Calcanéo-ilium droite.
3e position. Calcanéo-pubienne.
4e position. Calcanéo-sacrale.

3e *genre*. Présentations des genoux.
1re position. Tibio-ilium gauche.
2e position. Tibio-ilium droite.
3e position. Tibio-pubienne.
4e position. Tibio-sacrale.

3e *ordre*. Accouchemens accidentellement naturels. Présentations du tronc dans des circonstances exceptionnelles.

2e CLASSE. *Accouchemens artificiels.*

1er *ordre.* Accouchemens rendus non naturels par des accidens, la mère et le fœtus étant bien conformés.

1er *genre.* Accidens du côté de la mère.

Obliquité de l'utérus.
Epuisement, cessation des contractions utérines.
Hémorrhagies.
Convulsions.
Syncopes.
Anévrismes.
Hernies irréductibles ou étranglées.

2e *genre.* Accidens du côté du fœtus.

Issue ou prolapsus du cordon ombilical.
Affaiblissement du fœtus.
Brièveté ou entortillement du cordon.
Présence de plusieurs fœtus.

2e *ordre.* Accouchemens essentiellement artificiels, la mère et le fœtus étant bien conformés.

Genre unique. Présentations du tronc.

1er *sous-genre.* Présentations du côté droit du tronc.

1re espèce. Céphalo-ilium gauche, ou première de l'épaule droite.
2e espèce. Céphalo-ilium droite, ou deuxième de l'épaule droite.

2e *sous-genre.* Présentations du côté gauche du tronc.

1re espèce. Céphalo-ilium gauche, ou première de l'épaule gauche.
2e espèce. Céphalo-ilium droite, ou deuxième de l'épaule gauche.

3e ORDRE. Accouchemens artificiels par mauvaise conformation.

1er *genre.* Mauvaise conformation du fœtus.

Excès de volume de la tête.
Excès de volume du thorax.
Excès de volume de l'abdomen.
Tumeurs anormales développées sur différens points de la surface du corps.
Monstruosités par accollement.

2e *genre.* Mauvaise conformation de la mère.

- 1. Vices de conformation dans les parties molles.
  - Rétrécissement.
    - œdème.
    - thrombus.
    - varices.
    - tumeurs enkystées.
    - squirrhe du col utérin.
    - brides du vagin, du col de l'utérus.
    - calculs dans la vessie.
    - productions morbides des trompes ou des ovaires.
  - Occlusion . . .
    - de la vulve.
    - du vagin.
    - du col de l'utérus.
- 2. Vices de conformation dans le bassin. .
  - au détroit abdominal.
  - au détroit périnéal.
  - dans l'excavation.
  - dans toutes ces parties à la fois.
  - productions morbides, osseuses, fibreuses, cartilagineuses.

Appendice. Divers modes de terminaison de la grossesse, déterminés par des anomalies.

1er Dans le siége de la grossesse. Grossesse extra-utérine.

2e Dans la marche de la grossesse. Avortement.

3e Dans le produit de la grossesse. Grossesses multiples.

4e Dans des lésions de l'organe gestateur. Ruptures de l'utérus.

IV. Proportion entre les diverses espèces d'accouchemens.

Il résulte des registres de la Maison d'accouchemens de Paris, relevés par mesdames Boivin, Lachapelle et Legrand, que sur 85,788 naissances, depuis 1797 jusqu'en 1840, 84,612 ont eu lieu par les seuls efforts de la nature, 725 ont réclamé l'intervention de la main, et 541 celle des instrumens. En traitant de chaque espèce, nous aurons soin d'indiquer sa fréquence relative.

SECTION PREMIÈRE.

DE L'ACCOUCHEMENT NATUREL.

Nous avons déjà dit que l'accouchement naturel est l'expulsion du fœtus à terme et de ses annexes hors du sein de sa mère, sous l'influence des seuls efforts de la nature. Pour faire l'histoire de cette fonction, il faut examiner d'abord les causes qui la déterminent, puis les phénomènes qui la précèdent, l'accompagnent et la suivent.

CHAPITRE PREMIER.

DES CAUSES DE L'ACCOUCHEMENT.

Les causes qui déterminent l'accouchement sont une de ces questions ardues que les physiologistes ont longtemps discutées, et sur lesquelles néanmoins les opinions ne sont point encore définitivement arrêtées.

Les anciens et plusieurs modernes voyant, après la rupture de la poche des eaux, la tête du fœtus s'appuyer sur l'orifice de l'utérus, s'y engager à chaque douleur, et finir par traverser la filière du bassin et des organes de la génération, durent naturellement penser que le fœtus était l'agent de son expulsion. Partant de ce principe, ils ont dû chercher en lui les causes qui le déterminaient à agir et à rompre les liens par lesquels il était uni à sa mère. L'antiquité était persuadée que le défaut de nourriture suffisante occasionnait

un sentiment incommode qui le sollicitait à s'agiter pour aller chercher ailleurs des aliments. D'autres ont attribué ses mouvements, ses efforts, à la nécessité où il était de se soustraire à une température trop élevée, et au pressentiment instinctif du besoin de respirer, de se rafraîchir. Quelques uns les ont rapportés à la gêne qu'il éprouve dans un espace désormais trop étroit. D'autres enfin les ont fait dépendre de l'impression désagréable que causent le méconium sur les intestins, l'urine sur la vessie, l'acrimonie des eaux de l'amnios sur la peau, etc. Sans nous arrêter à discuter chacune de ces opinions en particulier, il nous suffira de faire observer que les anciens étant partis d'un principe faux, les conséquences qu'ils en ont déduites ont été erronées aussi. En effet, il est bien démontré aujourd'hui que le fœtus est passif, ou à peu près, dans l'accomplissement de la fonction qui nous occupe, car une femme accouche aussi bien d'un fœtus mort que d'un enfant vivant. C'est donc en dehors du fœtus qu'il faut chercher la puissance qui détermine l'accouchement et les causes qui la mettent en jeu. Tous les physiologistes reconnaissent aujourd'hui que la puissance principale, nécessaire, indispensable, qui détermine l'accouchement, réside dans l'utérus même, et que les causes capables de mettre en jeu l'action de ce viscère sont les véritables causes efficientes de l'accouchement; mais tous ne sont pas également d'accord sur la nature des causes qui amènent cette action.

Suivant les uns, l'accouchement a lieu quand il ne reste plus dans l'utérus aucune fibre susceptible de se développer, quand les différentes séries de celles qui constituent l'organe se sont étendues successivement,

en procédant de son fond vers son orifice. Petit, qui est l'auteur de cette hypothèse, considérait le col utérin comme un réservoir, ou, pour nous servir de ses expressions, comme un magasin dans lequel la nature a mis en réserve la quantité de fibres musculaires dont elle a besoin pour fournir, par leur développement, pendant tout le cours de la gestation, à l'expansion du viscère, qui marche d'un pas égal avec l'accroissement du fœtus.

D'autres ont dit, avec Levret et Baudelocque, que les fibres du corps de l'utérus, fixées, comme autant d'anses, sur les différens points des cercles formés par celles du col, tiraillent ces dernières, en se raccourcissant, de manière à les forcer de s'étendre les unes après les autres; que l'accouchement a lieu quand la prépondérance qui appartenait d'abord aux fibres du col vient à passer du côté de celles du corps, et qu'il est ainsi la conséquence de la cessation d'une sorte de lutte entre ces deux puissances antagonistes, de l'une à l'autre desquelles se transmet graduellement la supériorité d'action, après un certain laps de temps, durant lequel elles se sont fait pour ainsi dire équilibre.

Nous croyons que ces deux théories, auxquelles toutes les autres peuvent être ramenées comme à des types fondamentaux, n'ont fait que reculer la solution du problème. Il est certain que quand les fibres du col utérin cèdent plus tôt qu'elles ne doivent le faire, comme on le constate souvent par le toucher chez les femmes molles et lymphatiques, le terme de la grossesse est avancé, et il y a accouchement prématuré. Mais, dans la majeure partie des cas, cette explication ne saurait trouver place; car, dans les avortemens à deux, trois

ou quatre mois, les contractions utérines ont lieu, bien que le col n'ait point encore cédé.

Ainsi, en dernière analyse, nous ne connaissons pas mieux la cause déterminante des contractions de l'utérus que celle des mouvemens de systole du cœur. La seule chose bien établie aujourd'hui, c'est que l'expulsion du produit de la conception doit être rapportée à ces contractions, qu'elles en sont la vraie cause efficiente, sinon l'unique, du moins la principale. Elles peuvent même suffire à elles seules pour déterminer la sortie du fœtus. Tous les jours, en effet, on voit accoucher des femmes pusillanimes, qui, craignant la douleur, abandonnent l'utérus à ses propres forces. On en a vu d'autres accoucher malgré une procidence complète de la matrice, ou pendant un accès d'hystérie, d'épilepsie, dans un état comateux, dans celui de mort apparente, même après la mort réelle. Or, dans les deux premières circonstances, aucun muscle du corps ne saurait coopérer à la fonction, et, dans les autres, l'action du cerveau étant suspendue ou anéantie, il est de toute évidence que l'accouchement n'a pu se faire que sous l'influence des seuls efforts de l'utérus. Il n'y a pas d'autre cause agissante, du moins chez la grande majorité des femmes, jusqu'à ce que la dilatation du col soit accomplie, et même jusqu'à ce que le fœtus soit plongé dans l'excavation pelvienne. Plus tard, à la vérité, quand l'orifice est suffisamment élargi, et qu'il s'agit de chasser le fœtus à travers l'étroit et solide canal qui doit lui livrer passage, l'utérus appelle généralement à son secours toutes les autres puissances musculaires du corps, qui y contribuent, les unes d'une manière directe, comme le diaphragme et les muscles

abdominaux, en resserrant le ventre; les autres d'une manière indirecte, comme les muscles du thorax et ceux des membres, en consolidant les points d'appui dont les larges expansions musculaires de l'abdomen ont besoin pour que leurs efforts soient efficaces. Mais, quelque influence qu'exercent ces causes, elles ne jouent qu'un rôle secondaire, et n'agissent que comme auxiliaire de l'utérus.

Quand les fibres utérines se contractent, elles se raccourcissent en tous sens, de manière à diminuer l'épaisseur des parois du viscère, à en comprimer les vaisseaux et les nerfs, ou au moins à resserrer toutes les parties qui entrent dans sa composition. De là se déduisent des conséquences pratiques fort importantes pour expliquer soit les douleurs qui se manifestent pendant l'accouchement, soit la suspension des hémorrhagies qui surviennent quelquefois. D'un autre côté, en se rapprochant et se raccourcissant, les fibres de l'utérus diminuent la capacité du viscère, et par suite exercent une compression sur son contenu. Or celui-ci, pressé de toutes parts, doit tendre à s'échapper par le lieu qui lui offre le moins de résistance; ce lieu est ordinairement l'orifice utérin. Ainsi, dans l'ordre naturel, les fibres utérines, par cela seul qu'elles se raccourcissent en tous sens, doivent de toute nécessité amener l'expulsion de l'œuf, dont le volume est constamment proportionné au degré d'amplitude qu'elles avaient acquis.

CHAPITRE II.

DES PHÉNOMÈNES DE L'ACCOUCHEMENT NATUREL.

Lorsqu'on examine avec attention ce qui se passe pendant le cours du travail de l'enfantement, on voit que cette fonction, qui exige le concours d'un grand nombre de puissances, offre des phénomènes divers, susceptibles d'être rapportés à deux ordres bien distincts. Les uns, en effet, sont essentiellement vitaux, et les autres purement mécaniques. Les premiers peuvent être considérés comme généraux, attendu qu'on les rencontre dans tous les accouchemens, quel qu'en soit le mode de terminaison. Les autres, au contraire, varient suivant l'espèce particulière d'accouchement à laquelle ils appartiennent. Quoique les phénomènes de ces deux ordres soient unis et s'enchaînent tous par des liens étroits, qu'ils se succèdent ou se manifestent simultanément, on ne peut se dispenser de les isoler pour en faciliter l'étude. Mais auparavant il est nécessaire d'en embrasser tout l'ensemble d'une manière rapide, afin de donner une idée nette de l'exercice de la fonction à laquelle ils se rapportent.

ARTICLE PREMIER.

PHÉNOMÈNES DE L'ACCOUCHEMENT NATUREL CONSIDÉRÉS D'UNE MANIÈRE GÉNÉRALE.

Afin de rendre plus claire l'exposition des phénomènes généraux de l'accouchement, nous les partagerons en trois séries. La première comprendra ceux qu'on peut appeler précurseurs; la seconde, ceux qui accompagnent

la dilatation du col utérin, et la troisième, ceux qui se manifestent pendant l'expulsion du fœtus; après quoi, nous fixerons la durée moyenne du travail.

I. Phénomènes précurseurs.

Dans les derniers mois de la grossesse, la pression que l'utérus exerce sur le col de la vessie et le rectum provoque des envies fréquentes d'uriner et d'aller à la garde-robe; il y a quelquefois dysurie, strangurie même, ténesme. La circulation devient plus gênée dans les parties inférieures du corps, les vaisseaux hémorroïdaux se gonflent, il survient souvent de l'œdème, des varices, aux membres pelviens. Les articulations du bassin se ramollissent, et acquièrent plus de mobilité; la marche devient incertaine, vacillante, pénible, ou même impossible.

Quelques jours avant celui où l'accouchement doit avoir lieu, l'utérus, qui s'élevait jusqu'à la région épigastrique, s'abaisse d'une manière sensible, et semble s'élargir un peu : le ventre tombe, et s'affaisse sensiblement. Cet effet tient à ce que la tête du fœtus, enveloppée du col, pénètre ordinairement dans le détroit abdominal, quelquefois même dans l'excavation pelvienne, en sorte que le fond de l'organe doit baisser d'autant que sa portion inférieure est descendue. De là résulte que le diaphragme, les viscères de la poitrine et ceux du bas-ventre, étant moins comprimés, la respiration, la circulation et la digestion deviennent plus libres et plus faciles. La femme éprouve moins de nausées, de vomissemens, d'appétits bizarres; elle se sent plus gaie, plus alerte. Les parties génitales externes se

boursouflent, s'humectent ; un liquide glaireux plus ou moins abondant s'écoule par la vulve.

II. Phénomènes de dilatation.

Lorsque l'accouchement proprement dit commence, c'est-à-dire cette succession de phénomènes violens et douloureux qui constitue ce qu'on nomme le *travail*, celui-ci s'annonce par de courtes et légères douleurs, assez éloignées les unes des autres, qui ne déterminent aucune altération dans le pouls ni dans le reste de l'économie. Le vulgaire les appelle *mouches*, par allusion sans doute à la faible douleur que cause la piqûre des stomoxes, mal à propos confondus avec les mouches ordinaires, qui n'ont point d'organe propre à piquer. Au moment où ces douleurs se font sentir, le ventre se resserre; la main qu'on y applique sent distinctement l'utérus se durcir et s'enfoncer dans l'excavation pelvienne; les parties génitales laissent échapper quelques flocons de glaires.

A ces premières douleurs en succèdent d'autres plus vives, plus longues, et de plus en plus rapprochées, qu'on appelle *préparantes*, et qui sont celles que les femmes supportent avec le plus d'impatience. Ces douleurs opèrent un changement notable dans l'économie. Chacune d'elles s'annonce ordinairement, chez les femmes nerveuses, par une sorte de frémissement, de petit tremblement; pendant leur durée, le pouls acquiert de la dureté, de la fréquence, de l'élévation; le visage se colore, la chaleur augmente, les lèvres et la langue se dessèchent, la soif se fait sentir, l'agitation est générale et très grande; le ventre se resserre d'une manière plus sensible encore, et l'écoulement glai-

reux se teint quelquefois de sang. Si l'on touche l'orifice de l'utérus au moment de la douleur, on remarque qu'il se durcit, se tend, se dilate, et prend une forme circulaire; ses bords deviennent plus minces, durs et comme tranchans; les membranes de l'œuf s'y engagent, et forment une espèce de vessie ou de poche lisse et tendue; le fœtus, soulevé par les eaux que refoulent les contractions du corps de l'utérus, remonte vers le fond de cet organe, qui, lui-même, au contraire, descend un peu. Après la douleur, tout change; l'agitation de la femme diminue, le pouls reprend son type normal, la peau revient à sa couleur et à sa température habituelles, la bouche s'humecte; les bords de l'orifice utérin reprennent de l'épaisseur et de la souplesse; la poche des eaux s'affaisse; les membranes deviennent flasques et se plissent; l'utérus remonte, sans toutefois regagner le point où il se trouvait avant d'avoir été forcé de descendre; le fœtus retombe par l'effet de son poids, et vient s'appuyer sur le col de l'utérus, en sorte qu'on peut distinguer, à travers les membranes relâchées qui le couvrent, la partie de son corps qui se présente la première.

Chaque douleur ramène la même série de phénomènes, et laisse l'orifice un peu plus ouvert qu'il ne l'était à la précédente. Le col va donc toujours en se dilatant de plus en plus, jusqu'à ce qu'il soit complétement ouvert, et que les cavités du vagin et de l'utérus, en quelque sorte confondues, ne forment plus qu'un canal uniforme et non interrompu.

III. Phénomènes d'expulsion.

La dilatation du col étant complète, tous les efforts de la nature se réunissent pour expulser le corps du fœtus. Les douleurs, auxquelles on donne alors le nom d'*expulsives*, deviennent de plus en plus fortes, plus soutenues, plus rapprochées, et sont suivies d'un calme plus parfait. La femme aide à l'action de l'utérus par des contractions volontaires de tous les muscles du tronc. La chaleur est beaucoup plus considérable, l'agitation excessive, et parfois il y a trouble des facultés intellectuelles. Pendant la durée des douleurs, la poche des eaux s'engage de plus en plus dans l'ouverture; elle se tend outre mesure, finit par se rompre, quelquefois avec bruit, et le liquide qu'elle contenait s'échappe avec impétuosité. Le fœtus, poussé avec violence vers le bas, s'applique très étroitement à l'orifice, et s'y engage quand la partie qu'il présente est de calibre à y pénétrer. La sortie brusque du liquide suspend l'action utérine pour quelques instans; mais bientôt les contractions se renouvellent, plus énergiques, plus puissantes; et la tête du fœtus, si c'est elle qui se présente, franchit le cercle de l'orifice utérin; elle descend dans le vagin. Alors les douleurs deviennent de plus en plus fortes, la femme se cramponne à tout ce qui l'entoure, arc-boute ses pieds contre le lit, renverse sa tête en arrière, fait une profonde inspiration, et contracte violemment tous les muscles de son corps. La tête du fœtus chemine dans le vagin, dont la longueur diminue dans la même proportion que sa largeur augmente; le périnée, fortement pressé de haut en bas, s'allonge et s'amincit; la vulve, projetée en

avant, allonge la courbe que le fœtus est obligé de parcourir pour sortir du long canal que forment alors l'utérus, le vagin et le périnée réunis. Le mont de Vénus s'affaisse, tous les replis vulvaires disparaissent, les grandes lèvres se dédoublent, et attirent à elles la peau de la partie interne des cuisses. Enfin une douleur plus forte encore que toutes les autres, et à laquelle on a donné l'épithète de *conquassante*, qui en peint bien le caractère, fait franchir les parties génitales externes à la tête, et l'amène au-dehors. Le reste du corps ne tarde pas à suivre, accompagné d'une assez grande quantité d'eau et de sang.

Après quelques instans d'un calme parfait, surviennent de nouvelles douleurs, qui ne sont pas ordinairement bien vives, et qui ont pour effet de procurer le décollement et l'expulsion du placenta et des membranes, lesquels étant sortis, on dit que la femme est *délivrée*.

Terminons cette revue rapide des phénomènes de l'accouchement par la remarque que la division en trois temps est purement arbitraire; aussi s'est-il trouvé des auteurs qui en ont admis quatre et même cinq. Dans l'ordre naturel, il arrive souvent que les divers temps ne sont pas distincts, et qu'ils s'enchevêtrent pour ainsi dire les uns dans les autres; cependant on les observe généralement d'une manière assez régulière chez les femmes primipares.

IV. Durée du travail.

La durée du travail varie beaucoup, même dans les cas où rien n'entrave la nature, et suivant une foule de circonstances qu'il serait fort difficile de ramener à des

règles générales. Haller l'avait fixée d'une manière absolue à cent minutes : ce délai est trop court. En faisant abstraction de toutes les particularités individuelles, on peut l'évaluer, terme moyen, à cinq ou six heures; mais, si l'on n'a égard qu'aux seules primipares, il faut lui donner une étendue de huit à dix heures, quoiqu'on la voie assez fréquemment se prolonger bien davantage. Les quatre indications suivantes montreront combien il est difficile d'établir rien de précis à cet égard.

Suivant M. Merriman, le terme moyen a été :

Sur 226 femmes, de 12 heures pour 111, de 12 à 24 heures pour 70, de 24 à 30 heures pour 12, de 30 à 40 heures pour 16, de 40 à 50 heures pour 7, de 50 à 60 heures pour 5, de 60 à 70 heures pour 3, et de 70 à 80 heures pour 2;

Sur 500 autres femmes, de 6 heures pour 206, dont 5 primipares, de 12 heures pour 192, dont 27 primipares, de 18 heures pour 74, dont 31 primipares, et de 24 heures pour 28, dont 10 primipares. Moyenne générale, un peu moins de 15 heures.

Sur 442 femmes observées par M. Mawsell, 200 sont accouchées en moins de 2 heures, 146 en 6 à 12 heures, 35 en 12 à 18 heures, 84 en 18 à 24 heures, 16 en 24 à 48 heures, 2 en 60 heures, et 1 en 72 heures. Moyenne générale, un peu plus de 10 heures et demie.

Sur 2335 accouchemens opérés en 1811, madame Lachapelle a trouvé le travail de 1 heure dans 100, de 2 heures dans 257, de 3 heures dans 257, de 4 heures dans 329, de 5 heures dans 212, de 6 heures dans 317, de 7 heures dans 142, de 8 heures dans 230, de

10 heures dans 174, de 12 heures dans 173, de 15 heures dans 67, de 18 heures dans 31, de 24 heures dans 26, de 30 heures dans 9, de 36 heures dans 6, de 48 heures dans 4, et de 60 heures dans 1. Moyenne, entre 5 et 6 heures. D'où il suivrait qu'en France l'accouchement dure généralement moins longtemps qu'en Angleterre.

L'âge avancé des primipares ne paraît pas exercer à cet égard l'influence fâcheuse que lui attribue un préjugé vulgaire fort répandu.

ARTICLE II.

DE QUELQUES UNS DES PHÉNOMÈNES VITAUX DE L'ACCOUCHEMENT NATUREL EN PARTICULIER.

Dans l'exposé rapide que nous avons fait des phénomènes de l'accouchement, nous n'avons pu nous arrêter sur chacun d'eux en particulier. Quelques uns cependant méritent d'être étudiés avec plus de soin : tels sont les douleurs, ou contractions utérines, la dilatation du col, la formation de la poche des eaux, l'écoulement des glaires, les crampes, et la rétrocession ou recul de la tête.

I. Douleurs.

Le vulgaire désigne sous le terme générique de *douleurs* les efforts plus ou moins violens auxquels la femme se livre pour expulser le fœtus. Mais une telle acception est beaucoup trop vague pour être admise sans explication. En effet, cette dénomination n'exprime que l'un des trois phénomènes dont chaque effort se compose, et qui sont : 1° la contraction utérine; 2° la sensation pénible, ou douleur proprement dite, dont cette con-

traction s'accompagne ; 3° l'action des muscles soumis à la volonté, que la nature appelle à l'aide de celle de l'utérus. Cependant les accoucheurs, pour se rapprocher des usages du monde, emploient ordinairement le mot *douleur* comme synonyme de contraction utérine, quoiqu'ils sachent parfaitement qu'une telle confusion ne saurait être admise dans le langage exact et rigoureux de la science, la douleur n'étant pas inhérente à la contraction utérine, dont elle n'est qu'un des effets, l'une des conséquences, et qu'elle suit seulement comme l'ombre suit le corps.

Ceci bien entendu, nous distinguerons trois sortes de douleurs, les *douleurs vraies*, les *douleurs de reins* et les *fausses douleurs*. Les premières sont celles qui résultent des contractions utérines ; elles se font sentir dans les parois de l'utérus et à la partie inférieure de l'abdomen. Les *douleurs de reins* diffèrent des précédentes par le siége qu'elles occupent, et aussi par quelques uns des phénomènes qui les accompagnent. Enfin les *fausses douleurs* ne se rapportent point au travail de l'enfantement ; elles émanent d'organes autres que l'appareil génital.

Les *vraies douleurs* ont des caractères spéciaux bien tranchés, qui ne permettent pas de les confondre avec celles d'une autre nature. Elles ont ordinairement leur point de départ à l'ombilic, se propagent de là vers les flancs, et se terminent au bas de l'hypogastre : la proéminence du ventre, la tension et le durcissement de l'utérus, sensible à la main, les accompagnent toujours. Elles ont encore cela de spécial, qu'elles ne sont pas continues, mais intermittentes : l'intervalle qui les sépare les unes des autres est d'autant plus long qu'elles

sont moins fortes, et d'autant plus court qu'elles ont plus d'énergie; leur intensité va toujours croissant depuis le commencement du travail jusqu'à sa fin.

Les physiologistes diffèrent d'opinion sur la cause qui doit leur être assignée.

Buffon les attribuait à la distension des fibres utérines. Un peu de réflexion suffit pour faire rejeter cette opinion. Si elle était fondée, les douleurs devraient être moins vives dans l'avortement, dans les accouchemens prématurés, et l'on sait que celles qui les accompagnent égalent en force celles qu'on observe au terme de la grossesse. Elles devraient aussi se manifester beaucoup plus tôt, et être plus vives, dans les grossesses multiples, et cependant on observe qu'elles sont ordinairement plus lentes et plus faibles, soit que ces grossesses arrivent à terme, soit qu'elles se terminent prématurément.

Petit dit que la douleur ne tient pas à la contraction elle-même, qu'elle en est seulement la suite, et qu'elle provient, dans le moment du travail, de la distraction des parties que le fœtus dilate en s'engageant de force entre elles.

Nous sommes porté à croire que la cause de la douleur réside dans la compression des nerfs de l'utérus. Si, comme nous l'avons dit, quand les contractions utérines ont lieu, les fibres se raccourcissent, se gonflent, compriment les vaisseaux contenus dans l'épaisseur des parois de l'organe, de manière à gêner la circulation, elles peuvent aussi comprimer les nerfs. Or on sait, pour les muscles soumis à l'empire de la volonté, que dans l'état ordinaire leur contraction n'est pas douloureuse; mais si on vient à établir une com-

pression partielle, telle que celle qui résulterait de l'application d'une ligature étroite et circulaire autour d'un membre, du bras, par exemple, la contraction des muscles de ce membre ne peut plus se faire sans donner lieu à une sensation pénible, à une douleur plus ou moins forte, toujours proportionnée au degré de la constriction qu'on a exercée sur le membre, et, par suite, sur les nerfs qui s'y rendent.

A l'appui de l'explication que nous donnons ici, nous rapporterons l'opinion d'une femme bien digne de faire autorité en pareille matière. Madame Boivin dit formellement que la contraction du corps de l'utérus n'est pas plus douloureuse que celle des muscles de l'abdomen, de la vessie ou du rectum (1), que la douleur résulte de la tension de l'orifice interne, dont les fibres, dans l'état habituel, sont plus compactes et plus serrées que celles du corps et du col. Elle ajoute : « Nous osons donc affirmer, si nos sensations ne nous ont pas trompée, que, lorsque commence et pendant tout le temps que dure la contraction, la femme n'éprouve qu'un sentiment de pression plus ou moins forte, qui semble prendre naissance dans toute l'étendue de la ligne médiane de la paroi postérieure de l'utérus, s'étend sur les côtés jusqu'au-devant de la ligne médiane antérieure. Cette pression égale, uniforme, dans toute l'étendue

---

(1) Lèvret (*Suite des Observations sur les accouchemens laborieux*, 1780, p. 12), avait déjà dit : « La contraction naturelle du corps de la matrice sur l'enfant n'est aucunement douloureuse, et ce qui me le persuade, c'est d'abord que, pour quelque cause que ce soit, rien ne fait violence à l'orifice, les douleurs de l'enfantement cessent, quoique la matrice continue à comprimer ce qu'elle contient. » En conséquence, il attribuait les douleurs à la compression exercée sur le col utérin par le corps du fœtus. (Voyez aussi son *Art des accouchemens*, 1766, p. 94.)

du fond et du corps de l'organe, s'accompagne d'un engourdissement qui se propage jusqu'à l'orifice interne. A cet engourdissement succède un tiraillement douloureux, qui commence par la paroi postérieure du col, vers la base du sacrum (point auquel correspond l'orifice interne au terme de neuf mois de grossesse), continue en descendant obliquement de chaque côté, derrière le pubis, direction qu'affecte l'orifice interne par rapport au bassin; et ce tiraillement douloureux va se terminer, mais plus vivement encore, à l'orifice externe, profondément dans le vagin. »

Une autre considération qui tend à nous faire croire que telle est la véritable cause de la douleur, c'est que quand l'utérus revient sur lui-même avec lenteur, les contractions ne sont point douloureuses. Si la poche des eaux vient à se rompre avant la dilatation complète du col, les douleurs faibles qui avaient eu lieu dans le principe, et qui ont occasionné la rupture des membranes, ne se renouvellent plus qu'après la sortie du liquide. Tant que celui-ci coule, les parois de l'organe se resserrent sans causer de sensation pénible, et ce n'est que quand elles sont enfin appliquées à nu sur le corps de l'enfant, comme elles l'étaient auparavant sur l'œuf ou la poche des eaux, que leurs contractions redeviennent douloureuses. Enfin, lorsque tout le contenu de l'utérus a été expulsé, et que le viscère est revenu sur lui-même, la femme cesse de souffrir, parce qu'alors les parois n'ont plus à presser contre un corps dur placé dans leur intérieur.

C'est une chose remarquable que l'intermittence des vraies douleurs. Buffon la croyait due à la séparation partielle du placenta. Une telle cause ne saurait être

admise; car, si elle avait lieu, toutes les fois que le travail marche avec lenteur, le placenta devrait être séparé en totalité, et son expulsion suivre de près celle de l'enfant. Or il n'en arrive point ainsi. Souvent, à la suite d'un travail qui a duré très long-temps, le placenta n'est pas décollé, ou ne l'est que dans une petite étendue, et une demi-heure s'écoule avant que l'utérus l'expulse. D'un autre côté, en admettant l'hypothèse de Buffon, les femmes chez lesquelles il existe une adhérence complète ou une adhérence contre nature du placenta, chez lesquelles par conséquent ce corps ne se sépare pas malgré les contractions, ne devraient éprouver aucune interruption dans les douleurs, et celles-ci devraient durer depuis le moment où l'accouchement commence jusqu'à l'expulsion de la totalité du produit de la conception, ce qui n'a pas lieu.

Ne pourrait-on pas expliquer l'intermittence, ainsi que Boerhaave expliquait les mouvemens du cœur, par la compression des nerfs? Comme les nerfs qui pénètrent dans le cœur s'y introduisent entre les gros vaisseaux, Boerhaave (1) pensait qu'après qu'ils ont amené l'influx cérébral, qui détermine la contraction des fibres, la compression exercée sur eux par le raccourcissement de ces mêmes fibres et par l'accroissement de volume que l'ondée de sang fait acquérir aux vaisseaux, suspendait momentanément le passage du fluide nerveux; que la compression venant à cesser quand la fibre se relâchait et les vaisseaux se vidaient, l'influx cérébral, passant de nouveau à travers les nerfs, provoquait une nouvelle contraction, et que

(1) *Institutiones medicæ*, § 409, pag. 214, in-12. Paris, 1747.

cette succession non interrompue rendait raison des mouvemens alternatifs de diastole et de systole du cœur. Sans discuter ici la valeur de cette théorie en ce qui regarde le cœur, nous ferons remarquer qu'elle ne pourrait s'appliquer à l'utérus qu'autant que l'intermittence et la durée des contractions de ce dernier organe seraient égales, car l'influx cérébral n'exigerait pas un temps plus long pour arriver à l'utérus que pour parvenir aux oreillettes et aux ventricules. Or l'intervalle qui sépare les contractions utérines dépasse leur durée; il est quelquefois d'un quart d'heure, d'une demi-heure, et plus : à la vérité, il diminue vers la fin du travail; mais les temps de repos sont toujours plus longs que ceux d'action. L'hypothèse de Boerhaave, qui a quelque chose de spécieux pour l'explication des mouvemens du cœur, ne peut donc servir à une application satisfaisante pour les contractions utérines. Aussi, sans chercher à déterminer précisément quelle est la cause de l'intermittence de ces contractions, nous nous bornerons à dire qu'il en est de la fibre utérine comme de toutes les autres, qu'elle ne peut agir que pendant un certain laps de temps, et qu'après avoir agi, elle a besoin d'un intervalle de repos pour réparer ses forces. Ce besoin est même d'autant plus impérieux pour l'utérus, qu'il s'est contracté avec plus d'énergie. En effet, quand une femme a souffert très long-temps, quand les obstacles qui se sont opposés à la progression du fœtus n'ont point été vaincus, malgré l'énergie des contractions, celles-ci diminuent, se ralentissent, et quelquefois deux ou trois heures s'écoulent sans qu'il en survienne de nouvelles.

Douleurs de reins. Un peu d'attention suffit pour

qu'on ne les confonde pas avec les vraies douleurs. Comme leur nom l'indique, elles ont leur siége à la partie inférieure de la région lombaire; elles peuvent exister sans contractions utérines, ou simultanément avec elles.

Dans le premier cas, elles tiennent simplement à la fatigue des muscles sacro-lombaires et longs dorsaux, que les femmes sont obligées de faire agir pendant le travail, pour fixer la colonne vertébrale et le bassin, et rendre les efforts plus efficaces.

Mais cette fatigue est-elle l'unique cause des douleurs de reins, pendant le cours du travail? Quelques personnes l'ont pensé, en se fondant sur ce que, quand on applique une serviette ou une large bande à la région lombaire, et qu'on soulève le siége de la femme, on procure du soulagement, la pression exercée sur la masse sacro-lombaire agissant à la manière d'une aponévrose ou d'une guêtre serrée autour de la jambe pour prévenir la fatigue de la marche. D'autres les ont attribuées aux tiraillemens qu'éprouveraient les ligamens postérieurs de l'utérus. Nous ne voyons pas comment ces simples replis du péritoine pourraient donner lieu aux douleurs de reins. D'ailleurs, s'ils en étaient la source, celles-ci devraient se manifester pendant tout le cours de la grossesse, et il y a des femmes chez lesquelles on ne les observe qu'au moment du travail.

Nous croyons que les douleurs de reins sont surtout le résultat de la compression d'une des lèvres du col, quand la dilatation se fait d'une manière inégale. Ces douleurs, nous les avons observées fréquemment sur les femmes qui avaient une obliquité antérieure de

l'utérus très prononcée. Or, en pareil cas, le fond de l'utérus étant porté fort en avant, la partie postérieure du col se trouve serrée entre le fœtus et l'angle sacro-vertébral, et s'il existe des contractions, cette partie du col ne pouvant céder aussi aisément que les autres points de la circonférence, se trouve comprimée entre deux résistances. Ainsi la production des douleurs de reins serait comparable à celle des douleurs qui ont lieu dans les contractions utérines par suite de la compression des nerfs.

Fausses douleurs. On appelle ainsi des douleurs vives et continues, qui, tantôt traversent l'abdomen d'un côté à l'autre, tantôt semblent fixées sur un seul point, l'ombilic, par exemple, ou l'hypogastre, et qui n'apportent aucun changement ni dans la forme du globe utérin, ni dans celle de son orifice. Elles peuvent dépendre de l'exaltation de la sensibilité de l'utérus, d'un état morbide du canal intestinal, du foie ou de la vessie, d'une constipation prolongée, d'une indigestion, d'une diarrhée, d'une accumulation de l'urine dans son réservoir. Il faut en rechercher les causes, et les combattre par les moyens appropriés; mais leur siége et leurs caractères suffisent pour les distinguer de celles qui sont dues aux contractions utérines, avec lesquelles on ne saurait les confondre, pour peu qu'on y apporte d'attention.

II. Dilatation du col.

Par *dilatation*, on entend le degré d'ouverture qui survient au col de l'utérus pendant le travail de l'accouchement.

Plusieurs causes concourent à la produire. La première, la principale, réside dans les contractions utérines, et la preuve, c'est qu'il n'y a pas de dilatation sans contraction. Cette cause cependant n'est pas la seule; il en est d'autres encore qui lui viennent en aide: nous voulons parler de l'action qu'exercent sur l'orifice l'espèce de coin formé par la portion de l'œuf détachée de l'utérus qui constitue la poche des eaux, et à défaut de celle-ci, le coin que forme la partie du fœtus qui se présente, quand toutefois cette partie a un volume et une forme convenables pour pouvoir s'engager à travers l'orifice du col. Mais nous devons faire observer que ces causes n'agissent que d'une manière secondaire, accessoire et purement mécanique, qu'elles sont subordonnées à la première, qui est véritablement la puissance active, agissante, et nous en donnerons pour preuve la dilatation qui s'opère dans les cas de présentations vicieuses du fœtus avec rupture prématurée de la poche des eaux.

On conçoit, sans que nous ayons besoin d'y insister, que la réunion des différentes causes que nous venons d'indiquer doit rendre, toutes choses égales d'ailleurs, la dilatation plus facile, plus régulière, moins douloureuse, que quand l'une ou les deux dernières viennent à manquer.

En se rappelant ce que nous avons dit de la

texture de l'utérus, il est facile de se faire une idée du mécanisme selon lequel la dilatation s'opère. Quand l'utérus commence à entrer en action, qu'il prélude en quelque sorte au travail, en un mot, lors des premières et faibles contractions utérines que l'on désigne sous le nom de *mouches*, le col, loin de se dilater, se durcit et son orifice se resserre. Cet effet tient à ce que, la contraction étant générale et uniforme, les fibres circulaires du col se contractent, et résistent efficacement encore à l'action réunie des fibres du corps et du fond. Mais lorsque celles-ci, plus nombreuses et plus puissantes, ont, par des contractions réitérées, successives et soutenues, vaincu la résistance que leur opposaient les dernières fibres circulaires du col qui forment l'orifice, elles les tiraillent, les allongent dans tous les sens, en rompent même quelques unes, et les font tomber dans l'affaissement; alors l'orifice, agrandi, se dilate et remonte, entraîné vers le fond, dans une proportion égale à la rétraction subie par les fibres longitudinales. En même temps, l'œuf se décolle dans le voisinage du col; comprimé par les fibres obliques qui rétrécissent la cavité utérine, il est forcé de s'engager dans le lieu qui lui offre le moins de résistance. Le flot du liquide se précipite vers l'orifice; arrêté par les membranes, il les distend; il les pousse à travers le col, sous la forme d'une espèce de coin, qui s'y engage peu à peu, en comprimant d'une manière égale et uniforme tous les points de la circonférence de l'orifice; enfin, à l'aide des contractions, il surmonte la résistance que les fibres circulaires centrales lui opposaient encore, et amène à la longue une dilatation graduelle et complète.

La marche de la dilatation est surbordonnée à la force et à la fréquence des contractions utérines, à la bonne direction de l'utérus, à l'état de souplesse et d'intégrité du col, au concours ou à l'absence des causes accessoires. En général lente et peu sensible au commencement du travail, elle suit une progression qui ordinairement est en raison directe de son accroissement; c'est-à-dire qu'il faut plus de temps, surtout chez une femme primipare, pour l'amener à trois centimètres de diamètre, qu'il n'en faut pour la conduire de trois à neuf. Comme il est important, pour établir un pronostic sur la durée du travail, de connaître le point précis auquel la dilatation est arrivée chez une femme que l'on explore, on est dans l'habitude de comparer l'étendue de la dilatation à celle d'objets familiers et bien connus, telle que celle des différentes pièces de notre système monétaire. On dit que le col est ouvert comme une pièce de dix, de trente, de cent sous. Quand la dilatation est arrivée au point où le degré d'ouverture dépasse la grandeur des pièces de notre monnaie, on choisit d'autres objets de comparaison, dont la grandeur soit à peu près la même en tout lieu, par exemple la paume de la main. Enfin, lorsque le col a acquis une dimension telle que la tête du fœtus peut s'y engager en totalité, c'est à-dire qu'il est aussi largement ouvert que possible, on dit que la dilatation est complète. C'est ce degré d'ouverture qu'il est avantageux d'obtenir quand il s'agit de terminer les accouchemens artificiels. Dans quelques établissemens publics, à la Maternité par exemple, nous avons l'habitude d'indiquer la mesure de la dilatation par l'étendue du diamètre qu'offre l'ouverture circulaire de

l'orifice du col ; ainsi, on dit, la dilatation est de trois, six ou neuf centimètres.

II. Poche des eaux.

La *poche des eaux* est la saillie que les membranes de l'œuf, détachées de l'utérus et poussées par les contractions de l'organe, font à travers le col dilaté. Cette poche, plus ou moins proéminente, suivant le degré d'ouverture du col, mérite d'être examinée sous le rapport des causes qui la déterminent, de la forme qu'elle affecte, et des phénomènes qui en accompagnent la rupture, que cette rupture s'effectue avant ou pendant le travail.

Les causes qui en amènent la formation sont les mêmes que celles qui déterminent le travail de l'enfantement, ou plutôt la dilatation du col utérin. Les membranes de l'œuf ne peuvent s'engager d'elles-mêmes à travers le col ; elles ne le font qu'autant qu'elles sont poussées par une puissance placée hors de l'œuf, et cette puissance réside dans les contractions utérines. Cependant quelques auteurs pensent que les contractions ne suffisent pas, et ils estiment que l'extensibilité dont les membranes de l'œuf sont douées pourrait bien entrer pour quelque chose dans la formation de la poche. Tout en admettant l'influence de cette cause sur la production du phénomène, nous devons faire remarquer qu'elle n'en a qu'une minime ; car si les membranes de l'œuf possèdent un certain degré l'extensibilité, celle-ci est très bornée, puisqu'il suffit de comprimer inégalement la poche pour en déterminer la rupture. Ce qu'il y a de certain, c'est que la formation de cette poche est proportionnée au raccour-

cissement de la fibre utérine, au décollement et au glissement de l'œuf à travers le col. La poche est d'autant plus volumineuse que le col est plus ouvert, qu'une portion plus considérable de l'œuf se trouve décollée; la saillie qu'elle forme représente le degré de raccourcissement qu'ont éprouvé les fibres de l'utérus, et par conséquent aussi la diminution survenue dans la capacité du viscère.

La poche des eaux affecte des formes différentes. Ordinairement *hémisphérique*, elle paraît provenir tantôt d'une sphère de petite dimension, tantôt d'une sphère de plus grand volume; suivant que la courbe qu'elle décrit a plus ou moins d'étendue, elle est bombée ou aplatie. D'autres fois elle est *ovalaire*, transversalement ou d'avant en arrière. Dans certains cas, elle est allongée et étroite, en forme de *boyau* ou de *boudin*. Beaucoup plus rarement elle prend celle d'une *poire*.

Les causes de ces variétés ne nous paraissent pas avoir été déterminées d'une manière rigoureuse. La plupart des auteurs considèrent les *eaux hémisphériques* comme indiquant une présentation du sommet à l'orifice de l'utérus, les *eaux plates* et *ovalaires* comme un signe de la présentation des épaules ou d'un des côtés du tronc, la forme en *boudin* comme annonçant la présence d'un des membres et spécialement des pieds. Sans rejeter ces opinions d'une manière absolue, nous les croyons mal fondées en général. Nous avons observé toutes les nuances de forme dans les présentations du sommet, et la forme hémisphérique dans celles du tronc et des membres; aussi pensons-nous que c'est en dehors des présentations du

fœtus qu'il faut chercher les causes de ces variétés. Elles nous paraissent subordonnées principalement aux rapports de situation de l'utérus avec l'entrée du bassin, à la résistance des membranes, à leur décollement plus ou moins étendu, à la manière dont le flot du liquide agit sur elles, au mode de dilatation du col, à la force ou à la faiblesse des contractions utérines. Ainsi la poche des eaux est hémisphérique toutes les fois que le col, en se dilatant, correspond au centre de l'excavation pelvienne. Elle est ovalaire si l'utérus est fortement oblique. Dans les cas d'obliquité antérieure prononcée, elle est transversalement ovalaire, parce que la partie postérieure du col, se trouvant appliquée contre l'angle sacro-vertébral, ne cède pas à l'ampliation aussi facilement que l'antérieure. Lorsqu'au contraire l'obliquité de l'utérus est à droite ou à gauche, le grand diamètre de la poche se trouve en rapport avec le diamètre sacro-pubien du détroit abdominal. Quand la poche est allongée en *boudin*, comme on dit vulgairement, ou en forme de *poire*, cette configuration peut tenir à la densité de l'orifice du col, à la laxité des membranes, et surtout à la faiblesse des contractions utérines.

Quant aux eaux *saillantes* et aux eaux *plates*, elles tiennent à la manière dont le liquide chassé par les contractions utérines arrive sur le segment des membranes qui occupe l'orifice du col. Si la partie du fœtus qui se présente est peu volumineuse ou éloignée de l'orifice, le flot du liquide, arrivant avec impétuosité sur les membranes, les refoule en bas, le engage à travers le col, et donne à la poche une forme hémisphérique régulière et d'autant plus saillante que l'ori-

fice du col est plus dilaté. Mais si la partie qui se présente est volumineuse, si elle est appliquée sur le col, si elle touche immédiatement aux membranes, comme cela arrive souvent dans les présentations du sommet, alors le flot du liquide, rencontrant la tête au centre de l'orifice, se brise contre elle, la colonne se divise, l'eau glisse entre les parois du col et la tête. Dans ces cas, la poche reste plate, parce que le liquide, ayant perdu sa force d'impulsion au moment où il arrive sur la partie décollée des membranes, agit sur elle trop faiblement pour en déterminer la saillie à travers l'orifice.

Lorsque le travail marche avec régularité, que la dilatation est complète, et la poche bien formée, il arrive ordinairement que la colonne du liquide chassé par la contraction utérine, pèse sur le centre de cette poche, surmonte la résistance des membranes, et les rompe; alors les eaux s'écoulent en partie. Toute la portion de liquide comprise entre les membranes et la tête du fœtus s'échappe, la tête met obstacle à l'écoulement du reste, et le travail se termine promptement.

Mais la rupture ne s'effectue pas ainsi dans tous les cas; il arrive quelquefois qu'elle se fait vers la circonférence, et parfois même sur un point assez élevé dans l'intérieur du col. De là résultent des phénomènes importans à signaler. Quand la rupture se fait latéralement, les eaux s'échappent peu à peu; la tête s'applique immédiatement sur les membranes, et le fœtus peut arriver au monde coiffé, comme quand les membranes sont intactes. Si la rupture arrive sur un point qui correspond à la surface interne du col, nul écoulement

n'a lieu pendant les contractions utérines, parce que les parois du col, étant appliquées sur la crevasse de l'œuf, s'opposent à la sortie de liquide; mais aussitôt que la contraction diminue, une certaine quantité d'eau s'écoule entre le col et la portion correspondante des membranes rompues, et le travail se ralentit. D'autres fois, il se forme une seconde poche, qu'on est obligé de rompre, pour rendre à ce dernier le degré nécessaire d'activité.

Quand les membranes sont trop minces, elles cèdent au premier effort que l'utérus fait pour revenir sur lui-même, et la rupture de la poche a lieu prématurément, c'est-à-dire dès le début du travail, avant qu'il y ait dilatation. Lorsque cela arrive, la plupart des femmes pensent que l'accouchement va se terminer de suite; mais souvent vingt-quatre, trente ou quarante-huit heures s'écoulent avant qu'il ait lieu. Nous avons même vu l'écoulement le précéder de vingt et un jours, et continuer pendant tout ce temps. En pareil cas, le travail ne se décide que quand la presque totalité du liquide est sortie, et que l'utérus, assez revenu sur lui-même pour embrasser le corps du fœtus, éprouve de sa part une résistance qui le sollicite à entrer en action. Mais c'est toujours une circonstance fâcheuse pour la mère et pour le fœtus, surtout chez les primipares. La nature étant privée d'un moyen accessoire de dilatation, celle-ci se fait souvent d'une manière plus prompte, mais moins régulière, plus douloureuse, et peut occasionner des déchirures, qui donnent lieu à une irritation plus ou moins vive du col, à des phlegmasies, dont les suites peuvent être des ulcérations, des indurations plus ou moins éten-

dues du col utérin. Quant au fœtus, ne se trouvant plus protégé par le liquide contre les contractions de la matrice, il les éprouve immédiatement, pour ainsi dire à nu, et la pression qu'il subit en tous sens peut être assez forte pour ralentir ou même suspendre chez lui les mouvemens du cœur. Aussi arrive-t-il quelquefois, chez les femmes primipares dont la constitution est forte et dont les organes offrent de la rigidité, que le fœtus succombe, quoique l'accouchement se termine naturellement. Sa mort peut alors être le résultat de la compression générale exercée sur tout le corps, ou sur le cordon ombilical, ou seulement des modifications qu'éprouve la circulation utéro-placentaire, par suite du retrait de l'utérus long-temps continué après l'écoulement du liquide amniotique.

Dans d'autres circonstances, la poche des eaux, trop résistante, ne se rompt point. Les femmes s'épuisent en douleurs inutiles pour déterminer cette rupture, ou bien, à force d'efforts pour se débarrasser, elles expulsent l'œuf en entier, comme cela arrive souvent dans les avortemens qui surviennent au quatrième ou au cinquième mois de la gestation. Alors la totalité du produit de la conception sort en bloc, et l'enfant naît coiffé. Cette particularité, que les anciens considéraient comme un heureux présage, est loin d'être favorable, car si une main secourable ne vient rompre les entraves qui s'opposent à l'introduction de l'air dans les poumons, le fœtus périt asphyxié. D'un autre côté, l'utérus, vidé d'une manière trop brusque, est frappé d'inertie; ses fibres n'ayant pas eu le temps de revenir par degrés du summum d'extension au summum de raccourcissement, il reste comme stupé-

fait de son nouvel état ; les vaisseaux, n'étant pas comprimés, versent du sang en abondance, et la femme est exposée à périr d'hémorrhagie. Il peut arriver aussi que le placenta, n'étant pas complétement séparé, occasionne le renversement de l'utérus. Il est donc important, dans ces circonstances, de rompre les membranes, comme nous le dirons plus tard.

IV. Glaires.

On désigne vulgairement sous le nom de *glaires*, les mucosités qui découlent des organes sexuels pendant le cours de l'accouchement. Leur écoulement est un des premiers phénomènes qui annoncent le travail. Quelquefois elles n'apparaissent qu'avec les contractions utérines; mais, dans la plupart des cas, elles les précèdent.

Divers auteurs ont fait dépendre cet écoulement de la transsudation du liquide amniotique à travers les membranes de l'œuf. Il est difficile de concevoir comment on a pu être amené à cette hypothèse; si elle était fondée, l'écoulement ne devrait apparaître que quand le travail a atteint son maximum d'intensité; il devrait être purement séreux, et se présenter sous forme de rosée, tandis qu'il consiste en un liquide épais et visqueux. Cet écoulement est dû à l'accroissement de la sécrétion folliculaire du col utérin et de la partie supérieure du vagin, sous l'influence du surcroît de vie et d'action que le début du travail communique à ces organes, et à la compression qu'éprouvent les follicules muqueux, de la part de la portion de l'œuf qui s'engage à travers le col.

Dans le principe, les glaires sont incolores, épaisses,

visqueuses, filantes comme du blanc d'œuf; elles adhèrent aux doigts quand on pratique le toucher. Plus tard elles perdent de leur transparence et acquièrent une teinte jaunâtre, rougeâtre ou noirâtre, ce qui tient à la quantité et à la qualité de sang qui les colore. Ces gradations ressemblent assez bien à celles qu'éprouve la teinte des crachats expectorés dans certains cas de péripneumonie.

La coloration des glaires en rouge est produite par plusieurs causes La première dépend de la rupture des petits vaisseaux qui servent à établir une communication entre la membrane caduque et les parois de l'utérus près du col ; ces vaisseaux sont ténus, et ne contiennent que peu de sang, de sorte qu'en épanchant le liquide qu'ils renferment, ils ne peuvent guère qu'altérer la transparence des glaires. Plus tard, des vaisseaux d'un calibre très mince aussi, mais plus nombreux, se rompent dans l'épaisseur du col de l'utérus, qui cède difficilement à l'effort distensif. C'est alors qu'on remarque des stries sanguinolentes dans les mucosités. Quelquefois une véritable exhalation sanguine s'opère au col de l'utérus et au vagin, par suite de la surexcitation que le travail de l'enfantement y détermine ; nous avons observé des femmes chez lesquelles le col laissait ainsi échapper le sang sous forme de rosée. Enfin il arrive, dans certains cas, que la coloration des mucosités est due au décollement partiel du placenta, et alors il n'y a pas seulement teinte rouge des mucosités, mais écoulement de sang, formation de caillots, ce qui constitue un commencement de perte ou d'hémorrhagie.

Lorsque les mucosités sont teintes par du sang, le

vulgaire dit que les femmes *marquent*, et il pense que l'accouchement ne tardera pas à se terminer : ce signe a peu de valeur. Il y a des femmes qui marquent dès le début du travail, d'autres plusieurs jours, deux ou trois semaines avant d'accoucher, ce qui dépend souvent de l'insertion du placenta dans le voisinage du col ou sur le col même; il en est d'autres qui accouchent sans marquer. Nous croyons pouvoir dire que ce signe manque dans beaucoup de cas ; on ne l'observe guère que chez les primipares, ou chez les femmes dont le travail marche rapidement, ou quand le fœtus est très volumineux; dans les circonstances contraires, ordinairement il n'a point lieu.

V. Crampes.

Au moment où la tête du fœtus s'engage au détroit abdominal, quand elle parcourt l'excavation pelvienne et les organes génitaux externes, les femmes éprouvent souvent dans les membres abdominaux des douleurs intolérables, qu'on appelle *crampes*. Ces crampes se manifestent surtout quand la tête est volumineuse, le bassin un peu étroit, la concavité du sacrum peu prononcée. Elles n'ont pas toujours le même siége. Les unes se font sentir à la partie supérieure interne des cuisses, et dépendent de la compression des nerfs obturateurs : elles sont généralement peu vives, et cessent dès que la tête a franchi le détroit abdominal. D'autres, plus fréquentes et plus fortes, occupent la partie postérieure des membres pelviens, quelquefois dans toute leur longueur, et proviennent de la compression des plexus sacrés par la tête plongée dans le bassin. Ordinairement il n'y a qu'un seul membre qui en soit

le siége, parce qu'il n'y a qu'un seul plexus sacré de comprimé. Aussitôt que la compression ou les contractions utérines qui la produisaient cessent, les crampes se dissipent; mais elles reparaissent quelquefois dans les premiers mouvemens que les femmes cherchent à exécuter.

VI. Rétrocession ou recul de la tête du fœtus.

Quand la tête est arrivée au détroit périnéal, on observe souvent, chez les femmes primipares, qu'elle se présente plusieurs fois, et même pendant des heures entières, avant de franchir ce détroit. Aussitôt que les douleurs cessent, la tête éprouve un mouvement de recul, et remonte dans le vagin. On a mal à propos attribué ce phénomène à l'entortillement du cordon ombilical, car il a lieu quelle que soit la disposition du cordon; il tient uniquement à la résistance des parties molles qui tapissent le bassin, à celle des grands ligamens sacro-sciatiques, au défaut d'harmonie qui existe entre la capacité du vagin et de la vulve et le volume de la tête du fœtus, et surtout à l'élasticité des pièces osseuses qui composent cette dernière. Ces pièces, comprimées pendant la douleur, se rapprochent, et chevauchent même l'une sur l'autre; mais, aussitôt que la compression vient à cesser, la tête reprend le volume qu'elle avait auparavant; les parties molles qui tapissent le bassin réagissent en même temps, et la font nécessairement remonter. Ajoutons encore que le périnée et les organes génitaux externes, refoulés en bas et en avant, exercent une action en sens inverse de la progression, et doivent par conséquent contribuer à cette rétrocession.

ARTICLE III.

PHÉNOMÈNES MÉCANIQUES DE L'ACCOUCHEMENT NATUREL.

Par phénomènes mécaniques de l'accouchement, nous entendons les mouvemens passifs que la totalité du corps du fœtus ou quelques unes seulement de ses parties exécutent, sous l'influence des contractions de l'utérus et des efforts de la femme, pour traverser la filière du bassin. On conçoit que la nature et la succession de ces mouvemens varient suivant la position que le fœtus affecte dans le sein de sa mère, et selon la manière dont il doit s'engager pour arriver au jour. Nous ne pouvons donc les faire connaître qu'en décrivant l'une après l'autre les diverses espèces d'accouchemens. Il ne sera question ici que des accouchemens de la première classe, c'est-à-dire des accouchemens naturels, les autres devant être examinés plus tard.

Première classe.

Accouchemens naturels.

Hippocrate et toute l'antiquité n'admettaient comme naturels que les accouchemens dans lesquels le fœtus se présentait par la tête; ils considéraient comme non naturels ceux dans lesquels il présentait toute autre partie de son corps. Les modernes ont aussi rangé parmi les accouchemens naturels tous ceux dans lesquels le fœtus présente l'extrémité pelvienne. Si nous n'avons égard qu'à la facilité de l'exécution de l'accouchement, qu'à la conservation du plus grand nombre d'enfans, nous devons revenir à l'opinion des anciens; mais si nous n'avons égard qu'à la possibilité

de l'accouchement, abstraction faite de la manière dont il se termine, des difficultés qui l'accompagnent, des dangers auxquels le fœtus est exposé pendant la durée du travail, de l'état particulier dans lequel il se trouve en arrivant au jour; en un mot, si nous n'envisageons l'accouchement que sous un seul point de vue, celui du mécanisme, et c'est ce qu'il convient de faire ici, nous devons donner une plus grande extension encore à la dénomination d'accouchement naturel, et faire entrer dans cette classe tous ceux qui peuvent se terminer sous l'influence des seuls efforts de la nature, quelle que soit d'ailleurs la position du fœtus. En conséquence, nous diviserons cette classe en trois ordres; suivant que le fœtus présentera à l'orifice de l'utérus l'extrémité céphalique, l'extrémité pelvienne, ou le torse.

Les accouchemens de cette classe supposent une bonne conformation tant de la mère que du fœtus, et la réunion des autres circonstances que nous avons dit être nécessaires pour leur accomplissement. Cependant la première condition n'est pas tellement indispensable, qu'elle ne puisse quelquefois manquer jusqu'à un certain point; ainsi le bassin peut être rétréci, et l'accouchement se faire néanmoins, si le fœtus a peu de volume, ou si l'ossification est peu avancée chez lui.

Premier ordre.

Présentations de l'extrémité céphalique.

Nous avons déjà dit, mais nous croyons devoir le rappeler ici, que par le mot *présentation* nous indiquons la présence à l'orifice de l'utérus, non d'un

point quelconque de la surface du corps du fœtus qu'on peut atteindre avec le doigt, mais d'une partie assez volumineuse pour occuper plus ou moins complétement l'étendue du détroit abdominal, et qui, dans l'expulsion naturelle ou artificielle du fœtus, offre un mécanisme particulier, ou exige des manœuvres spéciales ; par celui de *position* nous entendons l'ensemble des rapports qui existent entre cette même partie et les divers points de la circonférence du détroit abdominal.

L'attitude ordinaire du fœtus dans le sein de sa mère fait que la tête est, de toutes ses parties, celle par laquelle il vient le plus souvent au monde; 82,164 naissances ont eu lieu ainsi sur 84,395, à la maison d'accouchemens de Paris.

Nous ne reviendrons pas sur la question de savoir si cette fréquence doit être attribuée à la pesanteur spécifique de la tête, ou si elle tient à toute autre cause; nous nous sommes expliqué à cet égard p. 410 du premier volume.

Bien que les présentations de l'extrémité céphalique soient extrêmement fréquentes, et qu'en général il soit assez facile de les reconnaître à une tumeur arrondie, résistante, assez large pour occuper le détroit abdominal, cependant comme cette extrémité n'est pas toujours disposée de la même manière, qu'elle peut offrir à l'entrée du bassin le sommet, la face, une des régions latérales de la tête, ou tout autre point de son étendue, les signes propres à caractériser ces présentations devront varier suivant la région de la tête qui se trouvera en rapport avec l'orifice de l'utérus. C'est donc en parlant des présentations de chacune de ces régions que nous indiquerons les signes propres à les faire re-

connaître, et qu'on trouvera l'ensemble de ceux qui caractérisent l'extrémité céphalique.

Premier genre.

Présentations du sommet.

Parmi les présentations de l'extrémité céphalique, celles du sommet sont les plus communes de toutes. Sur 82,164 accouchemens dans lesquels l'extrémité céphalique s'offrait à l'orifice de l'utérus, elles ont été observées 81,806 fois.

On les reconnaît à une tumeur arrondie, d'une certaine étendue, dure, résistante, élastique, offrant des sillons qui indiquent les sutures du crâne, et quelquefois des espaces membraneux, plus ou moins étendus, qui sont les fontanelles; mais au début du travail il n'est pas toujours facile de distinguer ces dernières.

Nous avons dit que l'occiput pouvait répondre à tous les points de la circonférence du bassin, mais que, pour l'utilité de la pratique et la clarté des descriptions, nous étions obligé de fixer un certain nombre de positions, auxquelles il est facile de rapporter toutes les autres. Nous admettons huit de ces positions, savoir : quatre *directes*, ou *fondamentales*, et quatre *indirectes*, ou *obliques*, qui ne sont que des variétés des premières.

Les quatre positions directes sont : l'*occipito-ilium gauche*, l'*occipito-ilium droite*, l'*occipito-pubienne* et l'*occipito-sacrale*, ainsi appelées parce que l'occiput répond, dans les deux premières, aux extrémités du diamètre bis-iliaque, et dans les deux autres à celles du diamètre sacro-pubien (*Atlas*, pl. 33). Ces quatre positions, assez rares, se rencontrent 1° les deux pre-

mières lorsque la tête est très volumineuse, ou lorsque le diamètre sacro-pubien du détroit abdominal est légèrement rétréci ; 2° les deux autres quand la tête est petite, quand le bassin est très vaste, quand il est rétréci suivant le diamètre bis-iliaque seulement, ou bien encore quand la femme, d'une constitution athlétique, a les muscles psoas et iliaques très développés.

Les quatre positions indirectes, ou obliques, sont l'*occipito-cotyloïdienne gauche*, l'*occipito-cotyloïdienne droite*, l'*occipito-ilium gauche postérieure* ou *fronto-cotyloïdienne droite*, l'*occipito-ilium droite postérieure* ou *fronto-cotyloïdienne gauche*. L'occiput répond à l'un des points de l'étendue des quarts de cercle compris entre les deux diamètres sacro-pubien et bis-iliaque (*Atlas*, pl. 34).

Les positions obliques ne sont que des variétés des quatre directes, mais plus spécialement des deux premières. Elles reconnaissent pour cause la disposition même des parties de la femme ; car la forme du détroit abdominal, sa déclivité, la présence et le mode d'action des muscles psoas, l'inclinaison antérieure de l'utérus dans l'état de grossesse et la fréquence des obliquités latérales, la droite surtout, se réunissent pour forcer la tête du fœtus à prendre une situation oblique; quelques autres circonstances encore, que nous indiquerons plus loin, concourent à la rendre plus souvent oblique dans un sens que dans l'autre. Aussi faut-il des conditions peu ordinaires, comme l'ampleur insolite du bassin de la mère ou le peu de volume de la tête du fœtus, pour amener les positions directes. De là vient la différence qu'on observe entre ces diverses positions sous le rapport de

la fréquence. Dans 19,586 accouchemens par le sommet, madame Boivin n'a trouvé que dix fois les positions directes, savoir : 6 occipito-pubiennes, 2 occipito-sacrales, et 2 occipito-ilium transversales, tandis que le nombre des positions obliques a été de 19,578, savoir: 19,375 antérieures et 203 postérieures; 15,787 d'occiput à gauche, et 3,791 d'occiput à droite; 15,693 d'occiput en avant et à gauche, et 3,682 d'occiput en avant et à droite; 109 d'occiput en arrière et à droite, et 94 d'occiput en arrière et à gauche.

On distingue les positions directes des positions obliques, à la direction de la suture sagittale, qui, dans les premières, correspond au diamètre transversal du bassin ou à l'antéro-postérieur, et, dans les autres, à l'un des deux diamètres obliques. La situation des fontanelles en avant, en arrière, à droite ou à gauche, indique ensuite de quelle position précisément il s'agit.

Première position directe. *Occipito-ilium gauche transversale et ses variétés; occipito-ilium gauche antérieure ou occipito-cotyloïdienne gauche, et occipito-ilium gauche postérieure, ou fronto-cotyloïdienne droite.*

Nous réunissons à dessein la description du mécanisme de l'accouchement dans ces trois positions du sommet, parce qu'il est le même pour toutes, avec cette seule différence que le mouvement de rotation de la tête est d'autant plus facile et moins étendu, que l'occiput se trouve plus rapproché de la partie antérieure de l'ilium, d'autant plus lent, plus difficile et plus étendu, que l'occiput est plus rapproché de la partie postérieure de l'os iliaque.

Comme la position occipito-cotyloïdienne gauche est

de toutes la plus fréquente, celle dans laquelle l'accouchement est le plus facile, le mouvement de la tête le moins étendu, c'est elle que nous prendrons pour type, et pour laquelle nous décrirons *in extenso* le mécanisme de l'accouchement, nous réservant d'indiquer d'une manière sommaire les différences que ce mécanisme offre dans les deux autres positions occipito-ilium gauche, directe ou transversale, et occipito-ilium gauche postérieure.

Pour bien concevoir le mécanisme de l'accouchement, il faut avant tout avoir une idée précise des rapports généraux du fœtus avec l'utérus, et de ses rapports partiels avec le bassin de la mère.

1° Dans la position *occipito-ilium gauche antérieure*, ou *occipito-cotyloïdienne gauche* (première de Baudelocque), la plus commune de toutes, l'occiput correspond à peu près à la cavité cotyloïde gauche, le front regarde la symphyse sacro-iliaque droite, la suture sagittale coupe obliquement le bassin de bas en haut et d'avant en arrière, la fontanelle postérieure est en avant et à gauche, l'antérieure est en arrière et à droite; le diamètre occipito-frontal est presque parallèle au diamètre oblique gauche du détroit supérieur, et le diamètre bi-pariétal au diamètre oblique droit; le plan dorsal du fœtus regarde la région antéro-latérale gauche de l'utérus, le plan sternal la région postéro-latérale droite, le côté droit la région antéro-latérale droite, le côté gauche la région postéro-latérale gauche; enfin, les pieds et les fesses sont en rapport avec le fond du même organe, où ils sont légèrement inclinés en arrière et à droite.

Les premières contractions de l'utérus ont pour effet

de rapprocher toutes les parties du fœtus, de le pelotonner sur lui-même, d'augmenter la flexion antérieure. L'effort qui résulte de ces contractions se transmet selon l'axe de l'utérus, c'est-à-dire suivant une ligne qui, partant du fond de ce viscère, viendrait aboutir au centre du col, et qui est presque parallèle à l'axe du corps du fœtus. Cette impulsion ne peut se transmettre à la tête du fœtus qu'à la faveur des parties solides qui entrent dans la composition de son corps; or ces parties solides, résistantes, capables de transmettre l'effort, sont superposées les unes aux autres, et forment une espèce de tige ou de levier non interrompu, qui s'étend de l'extrémité du coccyx à la tête du fœtus. Cette tige est représentée par la colonne vertébrale. Si l'articulation du rachis avec la tête se faisait au centre de la base du crâne, elle tendrait à abaisser la tête, de manière que le sommet du crâne, ou la partie la plus saillante de la suture sagittale, devrait venir occuper le centre de l'excavation pelvienne. Mais comme cette articulation est plus rapprochée de l'extrémité occipitale que de l'extrémité antérieure, il suit de là qu'en se propageant le long de la tige rachidienne, les efforts doivent faire basculer la tête et augmenter sa flexion sur la poitrine. Voici ce qui arrive: l'occiput s'abaisse, le menton se relève et se rapproche du sternum, la fontanelle antérieure, qui d'abord était accessible au doigt, remonte un peu, en s'éloignant du centre de l'orifice utérin, le diamètre occipito-bregmatique coïncide avec le diamètre oblique gauche du bassin. Dans cette situation, les contractions utérines, continuant d'agir, font descendre l'occiput sur le plan incliné antéro-latéral gauche, tandis

que le front suit la direction de la symphyse sacro-iliaque droite; ce mouvement continue jusqu'à ce que la tête soit arrivée dans l'excavation pelvienne. Quand le front est parvenu au-dessous de la symphyse sacro-iliaque droite, la tête a éprouvé une flexion antérieure aussi grande que possible, tout en conservant d'ailleurs les rapports généraux qu'elle avait à son entrée dans le détroit abdominal. (*Atlas*, pl. 37, fig. 1.)

Mais aussitôt que les contractions utérines viennent à cesser, le col de l'utérus, les parois du vagin, tiraillés chacun dans un sens oblique, tendent à reprendre leur direction normale, et réagissent sur la tête qui s'engage. Le muscle obturateur interne et la membrane obturatrice gauches, ainsi que le muscle pyramidal du côté droit, exercent également une réaction de leur côté, et effacent la légère courbe de dedans en dehors que la contraction utérine les avait forcés de décrire. Si toutes ces parties étaient livrées à elles-mêmes, leur action combinée n'aurait d'autre résultat que de reporter la tête en haut; mais la disposition des plans inclinés du bassin est telle, que l'occiput tend moins à remonter qu'à se diriger en avant sous l'arcade pubienne, où un vide considérable s'offre à lui, tandis que le front et la face vont se loger dans la concavité du sacrum. L'effet final est donc d'imprimer à la tête un mouvement de rotation de gauche à droite, qui ramène l'occiput derrière et au-dessous de la symphyse des pubis, et qui fait glisser de droite à gauche le front et la face pour les conduire dans la concavité du sacrum. Dès lors, les rapports généraux de la tête sont changés; le diamètre bipariétal est parallèle au diamètre bis-iliaque de l'excavation, et l'occipito-mentonnier se trouve

correspondre à peu près à l'axe du détroit périnéal. La rotation de la tête s'étant accomplie par une simple torsion du col, le tronc du fœtus n'a éprouvé aucun changement dans sa position relative. (*Atlas*, pl. 37, fig. 2.)

La flexion de la tête étant portée aussi loin que possible, les efforts ultérieurs de l'utérus, n'ayant pas changé de direction, viennent aboutir sur l'extrémité du menton, qui s'éloigne peu à peu de la partie antérieure du thorax, et s'abaisse à mesure que l'occiput s'engage à travers la vulve et que le col et les épaules descendent. Pendant ce mouvement, l'occiput se dégage et se relève au-dessous et au-devant de la symphyse des pubis, tandis que le front et la face parcourent le plan incliné formé par les courbures réunies du sacrum, du coccyx et du périnée. On voit donc apparaître successivement à la vulve l'occiput, la fontanelle postérieure, la suture sagittale, la fontanelle antérieure, le front, la racine du nez, le nez, la bouche, et enfin le menton. De leur côté, les épaules s'engagent selon le diamètre oblique droit du détroit abdominal qui a donné passage au diamètre bipariétal de la tête. (*Atlas*, pl. 38, fig. 1.)

Au moment où le menton sort de la vulve, le bord antérieur du périnée, cédant à son élasticité naturelle, vient se placer au devant du cou, et la tête, fortement renversée sur le mont de Vénus, retombe par son propre poids au devant de l'anus. Mais, au bout de quelques instans, la colonne cervicale, qui n'éprouve plus de gêne, reprend sa direction naturelle, la torsion du cou cesse, et la tête se replace dans une direction analogue à celle qu'elle avait avant de s'engager dans le détroit

abdominal; l'occiput regarde l'aine gauche de la mère, le front et la face sont tournés vers la partie interne et postérieure de sa cuisse droite. (*Atlas*, pl. 38, fig. 2.)

Ainsi, la tête éprouve quatre mouvemens successifs : le premier, de *flexion* et de *descente* ou d'*abaissement* tout à la fois, qui dure jusqu'à ce qu'elle soit parvenue dans l'excavation; le second, de *rotation* de gauche à droite, qui s'accomplit dans l'intérieur du canal pelvien; le troisième, d'*extension*, qui a lieu au-dessous de la symphyse pubienne; enfin le quatrième, de *restitution*, qui lui fait reprendre sa direction première et qui s'opère en dehors du bassin, dès qu'elle a franchi la vulve et qu'elle est libre de toutes entraves.

Quant aux épaules, après s'être engagées dans l'excavation pelvienne, elles y subissent, comme la tête, un mouvement de rotation en vertu duquel l'épaule droite vient se placer derrière et au-dessous de la symphyse des pubis, et la gauche dans la concavité du sacrum; la première apparaît d'abord à la vulve, puis la seconde.

Le reste du tronc, qui s'est infléchi sur la région latérale droite, pour s'accommoder à la courbure du canal pelvien, et qui ne représente plus qu'un cône dont la base est déjà expulsée, ne rencontre aucun obstacle, et sort avec facilité.

2° Dans la *position occipito-ilium gauche directe ou transverse*, l'occiput correspond à la fosse iliaque gauche, et le front à la fosse iliaque droite; la suture sagittale est transversale, la fontanelle postérieure est à gauche, l'antérieure à droite; le dos du fœtus regarde la paroi latérale gauche de l'utérus, le plan sternal la paroi latérale droite du même organe, le côté droit

les parois abdominales, et le côté gauche la colonne vertébrale.

Sous le rapport du mécanisme de l'accouchement, cette position ne diffère en rien de l'occipito-cotyloïdienne précédente, si ce n'est que le mouvement qui doit ramener l'occiput en avant a un peu plus d'étendue.

3° Dans la *position occipito-ilium gauche postérieure*, ou *fronto-cotyloïdienne droite* des auteurs (cinquième de Baudelocque), l'occiput correspond à la symphyse sacro-iliaque gauche, le front à la cavité cotyloïde droite, la suture sagittale coupe obliquement le bassin de haut en bas et d'avant en arrière, et de droite à gauche, la fontanelle antérieure est en avant et à droite, la postérieure en arrière et à gauche; le diamètre occipito-frontal est parallèle au diamètre oblique droit du détroit abdominal, et le diamètre bi-pariétal au diamètre oblique gauche; le plan sternal du fœtus est en rapport avec la région antéro-latérale droite de l'utérus, le plan dorsal avec la région postéro-latérale gauche du même organe, le côté droit avec la région antéro-latérale gauche, le côté gauche avec la région postéro-latérale droite; les fesses sont au fond et à gauche de l'utérus, les pieds aussi au fond du même organe, mais en avant et à droite.

Cette position est plus rare que les autres, probablement à cause de la situation ordinaire du rectum. Elle offre moins d'avantages aussi que celle du côté opposé, parce que la mollesse de l'intestin, le long duquel la tête doit glisser en descendant, rend sa progression plus difficile. Aussi le travail est-il incomparablement plus long.

Deuxième position directe. *Occipito-ilium droite transversale, et ses variétés occipito-cotyloïdienne droite et occipito-ilium droite postérieure, ou fronto-cotyloïdienne gauche.*

Nous ferons pour ces trois positions comme pour les précédentes et pour les mêmes motifs, c'est-à-dire que nous exposerons le mécanisme de l'accouchement dans une seule description, attendu qu'il est le même, sauf le plus ou moins d'étendue et de facilité du mouvement de rotation de la tête, qui varie également selon que celle-ci se trouve plus ou moins rapprochée de la partie antérieure ou de la partie postérieure de l'ilium; mais comme la position occipito-ilium droite postérieure est la plus fréquente des trois, c'est sur le mécanisme du dégagement de la tête dans cette position que nous croyons devoir appeler l'attention.

1° Dans la *position occipito-ilium droite antérieure*, ou *occipito-cotyloïdienne droite* (seconde de Baudelocque), la situation générale du fœtus est la même que dans l'occipito-ilium gauche antérieure. Mais ses rapports relatifs sont changés; l'occiput répond à la cavité cotyloïdienne droite, et le front à la symphyse sacro-iliaque gauche; la suture sagittale coupe obliquement le bassin de bas en haut et d'avant en arrière, et de droite à gauche; la fontanelle postérieure est en avant et à droite, l'antérieure en arrière et à gauche; le diamètre occipito-frontal est parallèle au diamètre oblique droit du détroit supérieur, et le diamètre bi-pariétal au diamètre oblique gauche; le plan dorsal du fœtus correspond à la partie antéro-latérale droite de l'utérus, et le plan sternal à la partie postéro-

latérale gauche; le côté droit en arrière et à droite, le côté gauche en avant et à gauche.

Pendant l'accouchement, les rapports réciproques de la tête, des épaules et du bassin sont les mêmes; sous les efforts de l'utérus, ils décrivent les mêmes inflexions que dans la position occipito-cotyloïdienne gauche, mais en sens inverse; ainsi la rotation de l'occiput se fait de droite à gauche, et celle du front de gauche à droite. Dès que la tête est dégagée, la face se porte vers la partie postérieure et interne de la cuisse gauche, et l'occiput vers l'aîne droite de la mère. Des épaules, c'est la droite qui se place dans la concavité du sacrum, la gauche se logeant derrière les pubis.

2° Dans la *position occipito-ilium droite ou transverse*, l'occiput correspond à la fosse iliaque droite, et le front à la fosse iliaque gauche; la suture sagittale est transversale, la fontanelle postérieure à droite, l'antérieure à gauche; le dos du fœtus regarde la paroi latérale droite de l'utérus, son plan sternal la paroi latérale gauche de cet organe, son côté droit la colonne vertébrale, et son côté gauche les parois abdominales.

Cette position ne diffère pas de l'occipito-cotyloïdienne précédente sous le point de vue du mécanisme de l'accouchement; le mouvement qui doit ramener l'occiput en avant a seulement un peu plus d'étendue.

3° Dans la *position occipito-ilium droite postérieure*, ou *fronto-cotyloïdienne gauche* des auteurs (quatrième de Baudelocque), l'occiput correspond à la symphyse sacro-iliaque droite, et le front à la cavité cotyloïde gauche; le diamètre occipito-frontal est parallèle au diamètre oblique gauche, le diamètre bi-pariétal au diamètre oblique droit; la suture sagittale se

dirige dans le sens du diamètre oblique gauche, c'est-à-dire qu'elle coupe obliquement le bassin de gauche à droite, d'avant en arrière et de haut en bas; la fontanelle antérieure est à gauche et en devant, la postérieure à droite et en arrière; le plan sternal du fœtus correspond à la région antéro-latérale gauche de la mère, le plan dorsal à la région postéro-latérale droite, le côté droit à la région postéro-latérale gauche, le côté gauche à la région antéro-latérale droite; les pieds s'inclinent légèrement en avant et à gauche du fond de la matrice.

On ne saurait indiquer d'une manière rigoureuse la cause qui amène la plus grande fréquence de cette position. Cependant il est permis de penser qu'elle est due le plus communément à la présence du rectum et de l'S du colon au côté gauche du bassin, surtout quand la constipation, si fréquente chez les femmes enceintes, a accumulé des matières stercorales endurcies dans l'intérieur de ces intestins.

Au reste, quelle qu'en soit la cause, quand l'enfantement a lieu, voici ce qui arrive. Au début du travail, l'axe de l'utérus passe d'avant en arrière et de gauche à droite; l'impulsion produite par les contractions utérines est transmise à la tête par la colonne vertébrale; l'occiput s'abaisse, glisse et descend au devant de la symphyse sacro-iliaque droite; le menton se relève et se rapproche du sternum; le front remonte un peu, puis il glisse et descend derrière le plan incliné antérieur gauche du bassin. Quand on pratique le toucher au commencement du travail, on trouve la fontanelle antérieure au centre du bassin; à l'époque que nous indiquons, cette fontanelle remonte et disparaît par la

flexion de la tête; ce n'est qu'avec beaucoup d'attention, et en portant le doigt en haut et à gauche, qu'on peut y atteindre, tandis que la fontanelle postérieure, auparavant inaccessible au toucher, devient facile à sentir en arrière et à droite à mesure que la tête s'abaisse et s'engage dans l'excavation pelvienne.

L'occiput roule d'arrière en avant, décrit de droite à gauche un arc de cercle beaucoup plus grand qu'il ne le fait dans la position occipito-ilium droite antérieure, et arrive sous la symphyse des pubis, de manière qu'il se dégage absolument de même que si la tête s'était présentée primitivement dans cette dernière position. Mais le peu d'étendue de la rotation de la tête sur le cou fait que l'occiput ne pourrait venir ainsi se placer sous la symphyse pubienne sans que la vie du fœtus fût compromise, si le tronc ne participait à ce mouvement de rotation et si les épaules ne changeaient de position. Il suit aussi de là qu'un temps plus long est nécessaire pour terminer l'accouchement. Si même la femme est primipare et l'enfant volumineux, la nature s'épuise souvent en efforts inutiles, et l'art est obligé d'intervenir. Quand les secours de l'art ne sont point nécessaires, le reste de l'accouchement est le même que dans la position occipito-ilium droite antérieure; seulement la tête exécute un mouvement de rotation plus étendu, auquel la partie supérieure du tronc participe.

Après la sortie de la tête, c'est toujours vers la partie interne de la cuisse gauche de la mère que la face se dirige, et par conséquent l'occiput se porte vers la partie interne de la cuisse droite; l'épaule droite se place dans la concavité du sacrum, et la gauche sous l'arcade des pubis : c'est celle-ci qui se dégage la première.

Suivant Baudelocque et les auteurs qui ont marché sur ses traces, dès que le pariétal droit est venu s'appuyer sur le bas du sacrum, la tête étant forcée de tourner sur son pivot, l'occiput passe dans la courbure du sacrum, dont il est très près, et le front, en suivant le plan incliné qui lui est offert par le côté gauche du bassin, se porte sous les pubis; quelquefois néanmoins, mais rarement, ajoutent-ils, il y a comme une réduction spontanée à la position occipito-ilium droite antérieure, c'est-à-dire que l'occiput se tourne en devant, au lieu de se porter du côté du sacrum.

Nous avons admis pendant long-temps l'opinion de Baudelocque; mais, éclairé par l'expérience, nous partageons aujourd'hui celle qu'a exprimée M. Nægele; nous pensons que Baudelocque a pris l'exception pour la règle, et que ce qu'il donne comme une exception rare est au contraire la marche suivie par la nature dans la majeure partie des cas.

Troisième posision directe. *Occipito-pubienne* (quatrième de Baudelocque).

Les anciens, Levret encore, regardaient cette position comme la plus naturelle; Baudelocque, au contraire, la dit fort rare. Il ne l'avait rencontrée que 2 fois sur 10,329 accouchemens; madame Boivin ne l'a observée que 6 fois sur 20,517, et sur plus de 36,000, aucun n'en a offert d'exemple à madame Lachapelle. Cependant MM. Dewees et Radford en ont cité des exemples bien authentiques; M. Nægele va même jusqu'à dire que c'est elle qui a lieu primitivement dans toutes les positions occipito-ilium antérieures, et que celles-ci n'en sont qu'une transformation secondaire, à

laquelle seule on s'attache parce qu'on pratique le toucher à une époque trop avancée. Les modernes ont objecté contre elle que la forme arrondie du front ne lui permettrait pas de se maintenir au devant de l'angle sacro-vertébral pendant les contractions utérines, qui devraient toujours le rejeter à droite ou à gauche. Mais cette objection est plus spécieuse que solide; car la saillie du promontoire est bien moins grande sur le bassin revêtu de ses parties molles que sur le squelette, à cause des muscles psoas, qui effacent en grande partie les échancrures sacro-iliaques. Ainsi, même sous le point de vue théorique, cette position n'est point impossible, surtout chez les femmes vigoureuses et bien musclées, et nous ajouterons que nous avons plusieurs fois constaté la justesse de la remarque faite par M. Nægele.

Dans cette position, et au début du travail, l'occiput se trouve derrière la symphyse pubienne et le front sur la saillie du sacrum; la suture sagittale est parallèle au diamètre sacro-pubien, la fontanelle antérieure est placée en arrière et la postérieure en avant; le dos du fœtus répond à l'abdomen de la mère, le plan sternal à la paroi postérieure de l'utérus, le côté droit au côté droit, le côté gauche au gauche.

Le mécanisme de l'accouchement ne diffère de ce que nous avons exposé précédemment qu'en ce que la tête n'a que deux mouvements à exécuter, un de flexion et un d'extension, sans mouvement de restitution bien déterminé; car, une fois qu'elle est dégagée, l'occiput se porte à droite ou à gauche, selon que les épaules s'engagent suivant le diamètre oblique droit ou gauche.

QUATRIÈME POSITION DIRECTE. *Occipito-sacrale* (sixième de Baudelocque).

Dans cette position, plus rare encore que l'occipito-pubienne, dont elle est l'inverse, l'occiput s'appuie sur l'angle sacro-vertébral, et le front se trouve derrière les pubis; la disposition de la suture sagittale est la même, mais la fontanelle antérieure est placée en devant et la postérieure en arrière; le dos du fœtus correspond aux lombes de la mère, son plan sternal regarde en avant, son côté droit à gauche, et son côté gauche à droite.

On peut appliquer à cette position la plupart des réflexions auxquelles la précédente a donné lieu.

Ainsi on a dit que l'occiput, beaucoup moins large que le front, ne pouvait rester en contact avec l'angle sacro-vertébral, qu'au moindre mouvement de la femme il était obligé de glisser à droite ou à gauche de cet angle, et que, par conséquent, cette position devait promptement se convertir en l'une des deux positions occipito-ilium postérieures droite ou gauche. Nous reconnaissons que cette remarque est fondée dans la plupart des cas, mais il ne faut pas croire cependant qu'elle soit absolue, 1° parce que l'angle sacro-vertébral n'est pas également saillant chez toutes les femmes; 2° parce que chez celles qui ont une constitution robuste, le volume des muscles psoas anihile la saillie de cet angle, mais fait que dans ce point le détroit abdominal présente une espèce d'enfoncement très propre à recevoir et à loger l'occiput. D'ailleurs la tête du fœtus étant fléchie, ce n'est pas le diamètre occipito-frontal qui se présente au diamètre sacro-pubien

du détroit abdominal, mais bien l'occipito-bregmatique; en sorte que ce n'est pas la protubérance occipitale qui se trouve en contact avec l'angle sacro-vertébral, mais bien les parties voisines de la nuque. Ce qu'il y a de certain, c'est que cette position a été admise et signalée par des observateurs judicieux, et que nous l'avons rencontrée deux fois; l'une sur une femme d'une constitution athlétique, primipare, qui eut un travail des plus rudes et des plus énergiques, et pendant la durée duquel la tête volumineuse subit une dépression telle de l'os frontal, que le fœtus arriva au monde agonisant, et qu'il nous fut impossible de le rappeler à la vie; l'autre sur une femme qui avait déjà eu plusieurs enfans, n'offrit de remarquable que la lenteur du travail. Quand la tête s'engage dans cette position, l'occiput passe au-devant de l'angle sacro-vertébral: arrivée dans l'excavation pelvienne, la tête se fléchit fortement, le menton se rapproche du sternum, le front remonte derrière la symphyse des pubis, tandis que l'occiput glisse sous la courbure du sacrum, du coccix et du périnée, pour se dégager au-devant de la commissure postérieure de la vulve. Le temps que l'occiput met à parcourir l'excavation est toujours extrêmement long, moins, comme on le dit, à cause de la flexion forcée que doit subir la tête, qu'à cause de l'étendue considérable du plan postérieur du bassin qu'il est obligé de suivre, mais surtout à cause de l'inflexibilité de la tête, qui, composée de pièces osseuses rapprochées et fortement unies les unes aux autres, ne lui permettent pas d'inflexion dans un sens ou dans un autre pour s'adapter à la courbure du bassin, comme le font celles qui entrent dans la composition du tronc. Aussitôt que

l'occiput est dégagé, le bord antérieur du périnée glisse sur la nuque, la tête éprouve un mouvement d'extension qui fait abaisser le front et la face, et les fait sortir au-dessous de la symphyse des pubis. Dans cette position, comme dans la précédente, la tête ne subit que deux mouvemens pour traverser le bassin, savoir, un de flexion et un d'extension.

Anomalies dans le dégagement de la tête dans les diverses positions du fœtus.

Nous n'avons décrit jusqu'à présent que la marche régulière suivie par la nature pour opérer le dégagement de la tête dans les diverses positions du sommet. Mais il faut savoir que cette marche n'est pas aussi constante, aussi invariable que nous venons de l'exposer, et que, sous l'influence de causes nombreuses, de circonstances qu'il n'est pas toujours rigoureusement possible d'apprécier, le mécanisme de ce dégagement change et offre des variétés qu'il est utile de signaler ici.

Nous avons établi en principe que, toutes les fois que la tête avait franchi la vulve, et que, libre de toute entrave, la torsion du cou cessait, elle éprouvait un mouvement de restitution, qui la plaçait dans les rapports relatifs qu'elle avait avec le corps de la mère avant de s'engager dans le détroit abdominal. Il faut savoir que ce mouvement de restitution est toujours subordonné à la position qu'affectent les épaules en s'engageant à travers le bassin, et à la manière dont le tronc se comporte. Ainsi, lorsque les épaules et le tronc restent étrangers au mouvement de rotation de la tête, le mouvement de restitution s'exécute comme

nous l'avons dit. Si, au contraire, ce mouvement a été partagé par les épaules et suivi par le tronc, ce qui a lieu quelquefois quand le fœtus est petit, ou le bassin spacieux, ou les contractions utérines vives et énergiques, il peut arriver que le mouvement de rotation continue à l'extérieur du bassin; que l'occiput, après s'être dégagé au-dessous de la symphyse des pubis, se dirige en arrière et la face en avant, que les épaules et le tronc exécutent un mouvement de spirale ou de pas-de-vis, ce qui change complètement le mode de dégagement du tronc.

D'autres fois, soit par défaut de courbure du sacrum ou d'ampleur du bassin, soit par toute autre cause, le mouvement de rotation de la tête ne s'exécute pas, ou ne s'exécute qu'incomplètement, et celle-ci conserve au détroit périnéal la position diagonale ou transversale qu'elle avait en s'engageant au détroit abdominal; alors elle lutte pendant des heures entières contre les obstacles qui s'opposent à sa sortie, et si elle est peu volumineuse, ou l'ossification peu ovacée, ou les contractions très énergiques, il arrive quelquefois que la tête subit une déformation plus ou moins considérable, et finit par sortir du bassin dans la position défectueuse où elle se trouve. Mais dans ces cas, quand les conditions favorables à son dégagement ne se rencontrent pas, l'enfant est souvent victime des efforts auxquels la femme se livre, et l'intervention de l'art peut devenir indispensable.

Dans quelques cas de positions occipito-ilium postérieures, gauche ou droite, lorsque l'occiput, au lieu de se dégager en avant, se porte dans la concavité du sacrum, et dans ceux d'occipito-sacrale, la tête, au lieu

de suivre la marche que nous avons indiquée pour la quatrième position directe ou occipito-sacrale, exécute dans l'intérieur du bassin un mouvement d'extension, qui renverse l'occiput en arrière, tantôt d'une manière incomplète, tantôt complètement, ce qui arrive surtout lorsque le sacrum est trop concave.

Dans le premier cas, c'est-à-dire quand l'extension est incomplète, la racine du nez s'arc-boutant contre l'arcade pubienne, devient le centre du mouvement que le rachis, poussé par les efforts de l'utérus, imprime à la tête; comme le front, engagé dans l'arcade des pubis, ne peut pas remonter derrière la symphyse, le diamètre occipito-frontal est obligé de se présenter au diamètre coccy-pubien, pour que le sommet et l'occiput se dégagent en avant du périnée, après quoi le bord du périnée glisse avec force derrière l'occiput; le mouvement d'extension a lieu autour de la nuque comme centre, la face descend; et on voit successivement apparaître au-dessous des pubis le nez, la bouche et le menton, qui sort le dernier (*Atlas*, pl. 39, fig. 1 et 2). Or il suffit de connaître les rapports respectifs du bassin et de la tête pour sentir que ce mode de dégagement ne peut avoir lieu qu'autant que la tête a peu de volume ou le bassin beaucoup d'ampleur; car, dans l'extension de la tête en arrière, le diamètre occipito-frontal est obligé de passer par le diamètre coccy-pubien du détroit périnéal; et, pour peu qu'il y ait défaut d'harmonie entre l'étendue de ces deux diamètres, il y a une énorme résistance à vaincre, souvent même la tête ne pourrait passer.

Dans le second cas, l'extension est complète; l'occiput, arrêté par un des points de la partie postérieure

du bassin, se renverse sur le dos du fœtus, et au lieu de s'avancer vers le détroit périnéal, il remonte dans la courbure du sacrum et se déjette sur le dos, d'où il suit que la tête, totalement étendue ou renversée en arrière, traverse les parties génitales externes comme dans une présentation de la face. Le devant du cou s'applique derrière la symphyse des pubis, le menton s'engage dans la vulve, les autres parties de la face apparaissent, puis le sommet et l'occiput se dégagent au devant du périnée. Ce mode de dégagement de la tête est rare; madame Boivin n'en cite qu'un seul exemple sur plus de vingt mille accouchemens; Béclard en avait observé un aussi, et nous en avons rencontré trois dans le cours de notre pratique.

Second genre.

Présentations de la face.

Les présentations de la face, sans être précisément rares, ne sont cependant pas très communes. On en a compté 352 sur 82,164 accouchemens par l'extrémité céphalique.

Nous n'admettons, parmi les présentations de la face, que deux positions fondamentales, que nous désignerons sous les noms de *mento-ilium droite* et de *mento-ilium gauche*, directes ou transversales, car bien que le menton puisse être dirigé en avant ou en arrière, vers l'un des points compris entre le diamètre bis-iliaque et le sacro-pubien, lorsque le travail commence, il ne tarde pas, en définitive, à être ramené à l'une des positions transversales que nous indiquons ici. Dans la première, le menton du fœtus correspond à l'os iliaque droit, et dans la seconde à l'os iliaque gauche

de la mère. Ces deux positions ne sont point également fréquentes. Sur 246 il s'en est trouvé 141 dans lesquelles le menton correspondait à droite, et 105 dans lesquelles il regardait le côté gauche. Chacune de ces positions est susceptible d'offrir trois variétés principales, suivant que le diamètre fronto-mentonnier se trouve en rapport, de l'un ou de l'autre côté, soit avec le diamètre bis-iliaque, soit avec l'un des diamètres obliques, ou avec quelqu'un des points compris, en avant ou en arrière, entre le diamètre bis-iliaque et le sacro-pubien.

Si l'on en croit la plupart des auteurs, les présentations de la face ne devraient être considérées que comme des déviations de celles du sommet. Nous pensons qu'il en est réellement ainsi dans la majorité des cas, et que cette déviation est due surtout à une obliquité plus ou moins prononcée de l'utérus, qui, lors des premières contractions, fait arc-bouter le sommet contre un des points du détroit abdominal, et force l'occiput à se renverser sur le dos, et la face à se présenter et à descendre la première. Mais on a observé aussi des présentations de la face chez des femmes mortes vers la fin de leur grossesse, sans nulle trace de travail. Mesdames Boivin et Lachapelle en citent, la première un exemple, et la seconde deux. La présentation ne pouvait dépendre de l'obliquité de l'utérus, et elle était par conséquent primitive.

Les signes propres à caractériser les présentations de la face abondent; cependant, pour ne pas s'exposer à commettre erreur, il faut pratiquer le toucher dès le début du travail, ou immédiatement après la rupture de la poche des eaux. En promenant alors le doigt sur la

tumeur, en partie mollasse et en partie solide, que l'on rencontre, on y découvre la racine du nez, le nez, le bord supérieur des orbites, les yeux, la saillie des pommettes, la bouche et le menton. En portant le doigt dans la bouche, il est facile de reconnaître la langue, et surtout les bords alvéolaires qui, dans aucun cas, ne permettent de confondre cette partie avec l'anus, comme cela est arrivé à des personnes peu attentives. Quand la face est déjà tuméfiée, le diagnostic présente plus de difficultés; les joues, saillantes, laissent entre elles un sillon dans lequel les lèvres froncées représentent non plus une fente transversale, mais un orifice arrondi.

Pendant long-temps on a rangé les présentations de la face parmi les accouchemens artificiels. Nous croyons avoir été le premier à professer publiquement qu'il fallait les ranger dans la classe de ceux qui doivent avoir lieu par les seuls efforts de la nature; du moins avons-nous émis cette opinion dans nos cours long-temps avant la publication de l'ouvrage de M. Velpeau et de celui de madame Lachapelle. Nous ne prétendons pas dire cependant que personne n'en avait parlé avant nous; nous savons que Mauriceau, Portal, Delamotte, Deventer, etc., avaient vu des accouchemens semblables se terminer naturellement. Mais tous les auteurs, jusqu'à Baudelocque, s'accordaient à regarder ces sortes d'accouchemens comme très-difficiles et dangereux pour le fœtus et pour la mère, et tous, ou presque tous, ont donné le conseil de chercher à modifier ces présentations, et, quand on ne pouvait y parvenir, de terminer artificiellement l'accouchement. C'est contre cette manière de voir que nous nous

sommes élévé dans nos premiers cours publics, et que nous n'avons cessé de le faire depuis. Il ne faut pas croire cependant que, dans tous les cas, la nature soit assez puissante pour les terminer seule et sans l'intervention de l'art. Toutes choses égales d'ailleurs, l'accouchement est plus difficile, plus long, que dans les présentations du sommet; la tête ne pouvant cheminer à travers l'excavation du bassin qu'autant qu'elle est fortement renversée en arrière, les veines jugulaires, internes et externes, subissent une compression qui gêne le retour du sang de la tête vers le cœur; la face se tuméfie, les paupières, les joues, les lèvres se gonflent et se mettent presque de niveau avec le nez, toutes ces parties injectées de sang prennent une teinte livide, noirâtre, et sont souvent le siége d'une véritable ecchymose, en sorte qu'au moment de la naissance l'enfant ressemble plus à un nègre qu'à un Européen. Il a à peine figure humaine. Cet état, qui inspire beaucoup de frayeur aux parens lorsqu'on n'a pas eu le soin de les prévenir, n'offre aucune gravité. Nous l'avons constamment vu se dissiper dans l'espace de quelques jours. Cependant il faut savoir que quand le travail est très long, la congestion, ou mieux la stase du sang, ne se borne pas à la face, elle s'étend quelquefois jusqu'au cerveau, amène un état apoplectique, et dans quelques cas rares la mort du fœtus.

1° *Position mento-ilium droite*, troisième de Baudelocque.

La situation de la tête du fœtus est telle, dans cette position, que le front correspond à la fosse iliaque gauche, et le menton à la fosse iliaque droite; le diamètre bi-temporal est parallèle au diamètre sacro-

pubien, et le diamètre fronto-mentonnier au diamètre transverse du bassin. Le dos regarde la partie latérale gauche de l'utérus, et la surface sternale la partie latérale droite du même organe; le côté droit est tourné en avant, le côté gauche en arrière; les fesses correspondent au fond de l'utérus et à gauche; les pieds sont en haut et à droite.

Cette position est une déviation de la position du sommet occipito-ilium gauche ou d'une de ses variétés.

Dès les premières contractions, la tête, déjà modérément étendue sur le dos, complète son extension par l'effet des résistances qu'elle rencontre, le diamètre fronto-mentonnier se met en rapport avec le diamètre transverse, sans que pour cela les rapports du diamètre bi-pariétal changent. Lorsqu'elle est parvenue dans l'excavation pelvienne aussi bas qu'elle peut le faire, la réaction des parties molles, aidée de la disposition des plans inclinés du bassin, lui imprime un mouvement de rotation qui porte le menton de droite à gauche derrière la symphyse pubienne, et le front de gauche à droite et d'avant en arrière dans la concavité du sacrum (*Atlas*, pl. 40, fig. 1). Alors, le devant du cou venant s'appliquer contre la face postérieure du pubis, le menton se trouve au centre de la vulve, l'action de la force expulsive se porte sur l'occiput, et la tête exécute un mouvement de flexion, qui dégage peu à peu la face, en faisant apparaître successivement à la vulve le menton d'abord, puis la bouche, le nez, les yeux, le front, ensuite le reste de la tête, la fontanelle antérieure, la suture sagittale, la fontanelle postérieure et l'occiput, qui glissent au devant du périnée (*Atlas*, pl. 40, fig. 2). La tête, une fois dé-

gagée, reprend la position qu'elle avait dans le bassin, l'occiput se dirige vers le côté gauche de la mère. Les épaules s'engagent suivant l'un des diamètres obliques.

2° *Position mento-ilium gauche*, quatrième de Baudelocque.

Dans cette position, qui est une déviation de celles du sommet occipito-ilium droites, les rapports généraux du fœtus et de l'utérus sont les mêmes que dans la position précédente, seulement les rapports partiels sont inverses; ainsi le menton est à gauche de l'utérus, de même que le plan sternal du fœtus; le front et le sommet sont à droite, de même que le plan dorsal. La face est au centre du détroit abdominal, le diamètre fronto-mentonnier est parallèle au diamètre bis-iliaque.

Le mécanisme de l'accouchement est en tous points le même que dans la précédente; seulement le mouvement de rotation s'accomplit de gauche à droite.

Ce qui vient d'être dit s'applique d'une manière spéciale aux variétés transversales. Les variétés antérieures et postérieures ne diffèrent, sous le point de vue du mécanisme, qu'en raison de l'étendue plus ou moins considérable que le mouvement de rotation doit avoir pour amener le menton sous la symphyse pubienne, point vers lequel il est toujours porté, quel que soit d'ailleurs celui avec lequel il se trouvait primitivement en rapport au détroit supérieur. Madame Lachapelle cite néanmoins quelques cas où elle a vu la face sortir presque transversalement de la vulve.

Baudelocque admettait encore deux autres positions caractérisées par la présence du menton au-dessus des pubis ou au devant du sacrum. Ces positions sont excessivement rares. Nous ne les avons jamais rencon-

trées. Les exemples de position mento-sacrée cités par Delamotte et Smellie se rapportent à des fœtus très petits, mis au monde par des femmes qui avaient déjà eu de volumineux enfans. En supposant que des cas analogues se présentassent, ils ne pourraient, à moins d'une réunion de circonstances du même genre, se terminer qu'autant que la position se transformerait en une des deux fondamentales que nous venons d'examiner, ou même en une des positions du sommet.

Troisième genre.

Présentations des côtés de la tête.

La présence de l'oreille au centre du détroit abdominal fait reconnaître les présentations du côté de la tête.

Ce genre renferme deux sous-genres, fondés sur le côté de la tête qui se présente, et chaque sous-genre trois positions, relatives aux rapports de l'oreille avec le bassin de la mère. Dans le premier sous-genre, qui comprend les présentations du côté droit de la tête, le lobule de l'oreille peut être tourné vers les pubis ou vers l'un des os iliaques; d'où résultent trois positions, *lobulo-pubienne*, *lobulo-ilium droite* et *lobulo-ilium gauche*. La même chose a lieu pour le second sous-genre, comprenant les présentations du côté gauche de la tête, qui sont également susceptibles d'offrir trois positions, désignées par les mêmes noms.

Les présentations de la tête par ses parties latérales sont fort rares, puisque sur 20,517 naissances on ne les a rencontrées que 6 fois. La pratique nous en a offert quatre exemples; mais nous nous empressons d'ajouter

que nous en avons observé trois sur la même femme; cette femme était petite, contrefaite, bossue, avait un ventre énorme qui reposait sur toute la longueur des cuisses, lorsquelle était assise, et dont la partie antérieure s'étendait jusqu'aux genoux. On conçoit qu'avec une telle disposition, l'utérus se trouvant fortement incliné en avant, les contractions doivent diriger le sommet et l'appuyer sur l'angle sacro-vertébral, quelle que soit d'ailleurs la position de la tête. On connaît également que si alors on ne relève pas le ventre, de manière à redresser l'utérus, le col du fœtus devra éprouver un mouvement d'inflexion latérale qui amènera l'un des côtés de la tête à l'orifice. En effet, la plupart des auteurs regardent une grande quantité d'eau, une obliquité fortement prononcée de l'utérus, comme les causes ordinaires de ces présentations rares, dans lesquelles nous ne devons voir que des déviations de celles du sommet. Nous rejetons la première position de Baudelocque, dans laquelle le lobule de l'oreille reposerait au devant de l'angle sacro-vertébral; car, pour qu'une telle position fût possible, il faudrait une obliquité postérieure de la matrice, qui ne saurait avoir lieu que dans le cas où la colonne lombaire, au lieu d'être convexe, offrirait une concavité antérieure.

Quant aux côtés de la tête qui se présentent, il y a une différence très sensible entre eux sous le point de vue de la fréquence. Parmi les 6 cas que cite madame Boivin, le côté droit s'est présenté une seule fois et le gauche cinq fois.

Premier sous-genre.

Présentations du côté droit de la tête.

1° Dans la *position lobulo-pubienne* du côté droit de la tête, le grand diamètre de la conque de l'oreille est parallèle au diamètre sacro-pubien. Le sommet du crâne est appliqué contre l'angle sacro-vertébral; la convexité de l'hélix et l'occiput sont dirigés vers le côté gauche du bassin, le tragus et la face vers le côté droit, le lobule et la base du crâne se trouvent situés derrière le pubis. Le dos du fœtus est en rapport avec la région latérale gauche de l'utérus, le plan antérieur avec la région latérale droite, le côté droit avec la région antérieure du même organe, et le côté gauche avec la région postérieure. Les pieds sont, vers le fond de l'organe, inclinés à droite.

Nous regardons cette position comme une déviation des positions occipito-ilium gauches, et plus spécialement de la fronto-cotyloïdienne droite. Elle ne peut avoir lieu qu'autant qu'il y a obliquité antérieure de l'utérus.

Si la femme est un peu forte, et qu'on la laisse debout, l'accouchement ne se termine point, parce que dans cette attitude l'obliquité de l'utérus persiste; mais si on la fait coucher sur le dos, de manière que le bassin soit convenablement relevé, et si, d'autre part, on soulève l'utérus de bas en haut, on remédie à cette obliquité. Le sommet glisse devant l'angle sacro-vertébral, la tête se redresse peu à peu et revient à son état primitif, c'est-à-dire à l'une des positions occipito-

ilium gauches ; une fois redressée, sa progression et le reste du travail s'accomplissent comme dans l'une de ces dernières positions. Avec ces seules précautions, l'accouchement peut se faire naturellement, comme il arriva dans les cas que nous avons observés.

2° Dans la *position lobulo-ilium droite du côté droit*, le sommet de la tête correspond à la fosse iliaque gauche, la face regarde le sacrum, l'occiput et le bord postérieur de l'oreille correspondent aux pubis, le menton, le lobule de l'oreille, le côté du cou et l'épaule droite se trouvent à droite, les pieds sont placés vers la partie postérieure et gauche du fond de l'utérus.

Cette position, qu'on peut considérer comme une déviation d'une des positions occipito-ilium gauches, antérieure ou transverse, résulte d'une obliquité latérale droite de l'utérus portée à un point extrême.

Pour y remédier, il suffit de faire coucher la femme sur le côté gauche, l'obliquité de l'utérus disparaît, la tête s'engage dans l'excavation pelvienne en se redressant, et l'accouchement se termine comme dans une position franche du sommet occipito-ilium gauche.

3° *Position lobulo-ilium gauche du côté droit.* Cette position du côté droit de la tête, qui est une déviation de la position occipito-ilium gauche postérieure, et qui reconnaît pour cause une obliquité latérale gauche de l'utérus, est excessivement rare.

Dans cette position, l'attitude du fœtus est telle, que la tête, fortement inclinée sur l'épaule gauche, présente le grand diamètre de la conque de l'oreille parallèlement au diamètre bis-iliaque du détroit abdominal, le sommet dirigé vers la fosse iliaque droite, le lobule de l'oreille, le côté du cou et l'épaule droite vers la

fosse iliaque gauche; la face vers les pubis, la convexité de l'helix et l'occiput vers le sacrum.

On remédie à cette déviation en faisant coucher la femme sur le côté droit; la tête se redresse en s'engageant dans l'excavation pelvienne, et l'accouchement se termine comme dans la position occipito-ilium gauche postérieure.

Deuxième sous-genre.

Présentations du côté gauche de la tête.

1° Dans la *position lobulo-pubienne du côté gauche*, les rapports généraux de la tête sont les mêmes que dans la position lobulo-pubienne du côté droit, seulement les rapports partiels sont en sens inverse; ainsi le sommet est en rapport avec l'angle sacro-vertébral, et le lobule de l'oreille avec les pubis; mais la face et le tragus sont dirigés vers la fosse iliaque gauche du bassin, l'occiput et la convexité de l'hélix vers la fosse iliaque droite.

Pour remédier à cette position, qui est une déviation d'une des positions occipito-ilium droite, il suffit de faire coucher la femme sur le dos, de soulever le fond de l'utérus, de le porter de bas en haut et d'avant en arrière; alors le sommet du crâne glisse dans la concavité du sacrum; la tête se redresse, l'occiput se dirige vers l'ilium droit, et l'accouchement se termine comme dans une position du sommet occipito-ilium droite.

2° *Position lobulo-ilium droite.* Dans cette position du côté gauche de la tête, qui doit être considérée comme une déviation des positions occipito-ilium droite et gauche postérieures, le sommet du crâne est en rap-

port avec la fosse iliaque gauche, le lobule avec la fosse iliaque droite, le tragus et la face avec les pubis, l'hélix et l'occiput avec le sacrum.

3° Dans la *position lobulo-ilium gauche*, le grand diamètre de l'oreille est parallèle au diamètre bis-iliaque du bassin, le sommet de la tête repose sur la fosse iliaque droite, la face est tournée vers le sacrum, l'occiput et le bord postérieur de l'oreille répondent aux pubis, le côté du cou et l'épaule gauche sont à droite, les pieds sont en haut, en arrière et à droite. Cette position doit être rapportée à une déviation des positions occipito-ilium droites antérieure et transverse.

Ces deux dernières positions, qui reconnaissent pour cause principale une obliquité latérale gauche de l'utérus très prononcée, sont par cela même excessivement rares. Pour y remédier, il faut redresser l'utérus en faisant coucher la femme sur le côté droit, et en agissant comme nous le dirons en parlant des obliquités de l'utérus; on voit le sommet glisser dans l'excavation, la tête se redresser, ces positions se convertir en une des positions du sommet dont elles ne sont qu'une déviation, et l'accouchement se terminer comme il le fait dans les positions du sommet auxquelles elles se rapportent.

Second ordre.

Présentations de l'extrémité pelvienne.

Cet ordre comprend trois genres, les présentations des fesses, celles des pieds et celles des genoux.

Après les présentations du sommet, celles de l'extrémité pelvienne sont les plus communes. Sur 84,395

accouchemens, on en a observé 2,842 de cette nature, savoir : 1,811 par les fesses, 1,010 par les pieds, et 21 par les genoux.

Pendant long-temps les présentations de l'extrémité pelvienne ont été rangées parmi les accouchemens qui exigent l'intervention de l'art. Dans les présentations des pieds, Hippocrate avait donné le conseil de refouler ces parties pour aller chercher la tête, et cette pratique a compté quelques partisans jusque parmi les modernes. Cependant l'expérience démontre que l'opinion sur laquelle ce précepte repose manque de fondement; car sur 2,000 accouchemens par l'extrémité pelvienne observés à l'hospice de la Maternité, 82 seulement ont exigé des secours, savoir : 57 sur 1,214 présentations des fesses, 25 sur 772 présentations des pieds, tous les accouchemens par les genoux, au nombre de 14, s'étant effectués seuls.

Si nous n'envisagions les présentations de l'extrémité pelvienne, et spécialement celles des pieds, que sous le rapport mécanique, elles devraient être considérées comme étant plus avantageuses que celles de la tête, car il paraît tout simple qu'une masse conique comme l'est l'extrémité pelvienne, s'engageant d'abord par sa partie la moins épaisse, offre des conditions plus favorables pour la dilatation du col utérin. Mais ce n'est point ainsi qu'on doit envisager la question. Si, pour la facilité de l'étude, les actes mecaniques et vitaux dont se compose l'accouchement peuvent être isolés par la pensée, ils sont inséparables dans leur accomplissement. Or leur réunion nécessaire rend fausse toute application rigoureuse des lois qui régissent la mécanique des corps privés de vie, et il a été suffisamment établi

ailleurs que c'est l'action et le raccourcissement des fibres utérines qui procurent la dilatation du col; que les parties de l'enfant, quelles qu'elles soient, n'exercent qu'une influence accessoire et secondaire à cet égard. La nature, nous venons de le prouver par des chiffres, est apte sans contredit à terminer seule l'accouchement dans les cas dont il s'agit; mais le travail est en général plus lent, plus pénible pour la mère, et plus dangereux pour l'enfant. Aussi la proportion des morts aux vivans est-elle beaucoup plus forte dans ces circonstances qu'en toute autre; sur 790 accouchemens spontanés par l'extrémité pelvienne, il y a eu 101 morts, tandis que sur 20,567 par le vertex, on n'en a pas compté au-delà de 635 (1), et que sur 88 par la face, 3 seulement ont succombé. Si l'on joint à cela qu'outre ces 101 morts, les 790 cas précités ont fourni 98 enfans de constitution faible, et 16 abortifs ou difformes, on sera forcé de reconnaître que les accouchemens par l'extrémité pelvienne, bien que susceptibles d'être accomplis par les seules forces de la nature, sont plus désavantageux que ceux par le sommet. Il faut encore admettre que la cause inconnue qui amène l'attitude du fœtus de laquelle ils dépendent, exerce fort souvent aussi une influence fâcheuse sur la complexion du produit de la conception.

La lenteur du travail peut s'expliquer par le peu de volume, le peu de résistance des parties qui s'offrent à l'orifice; la mollesse des fesses les rend susceptibles

(1) En admettant même, avec M. Paul Dubois, que, parmi ces enfants morts, un certain nombre ont succombé sous l'influence de causes qui évidemment ne se rattachaient pas à la présentation, et que la proportion des morts aux vivants soit seulement de un sur onze, la mortalité dépasserait encore de beaucoup celle des présentations du sommet, où cette même proportion n'est que de un sur cinquante.

de céder à la compression, elles ne s'engagent pas aussi franchement que le ferait la tête. Chez les femmes dont l'enfant est volumineux, il se forme alors une espèce de bourrelet, occasionné par le refoulement des parties molles, qui met obstacle à la progression du fœtus. Quoique ces parties aient une configuration en apparence plus avantageuse pour aider à la dilatation, elles y contribuent avec moins d'efficacité que la tête, parce que l'effort qui aboutit sur elles n'est pas aussi nettement caractérisé. Ajoutons que, comme la tête jouit d'une certaine mobilité sur la colonne vertébrale, qu'elle peut se fléchir sur la poitrine ou se renverser en arrière, il y a incertitude dans l'action de l'utérus, dont les efforts sont pour ainsi dire décomposés, d'où résulte un affaiblissement notable dans la force des douleurs.

Quant à la cause de la mort plus fréquente des enfans, elle tient moins à la lenteur du travail qu'à l'ordre inverse suivant lequel il s'accomplit. Ainsi toutes les fois que la tête sort la première, le reste du corps est encore protégé contre l'action immédiate de l'utérus par l'interposition d'une certaine quantité de liquide. La compression du cordon est rare dans ces cas, et si elle survient accidentellement au moment où la tête franchit la vulve, la vie de l'enfant n'est pas compromise d'une manière immédiate, car l'interruption de la circulation placentaire n'entraîne pas alors une prompte asphyxie, puisque la bouche étant dehors, la respiration peut s'accomplir, imparfaitement à la vérité, mais assez pour entretenir la vie. Au contraire, dans les présentations de l'extrémité pelvienne, l'orifice du col n'étant qu'incomplètement bouché par la partie qui s'y engage, surtout si ce sont les pieds, la te-

talité des eaux s'écoule, l'utérus revenant sur lui-même embrasse le corps du fœtus à nu, et si la compression du cordon a lieu, pour peu qu'elle se prolonge, l'asphyxie en est la conséquence nécessaire; rien ne peut compenser ici l'interruption de la circulation, puisque la tête étant encore contenue dans l'utérus, la respiration ne peut s'établir. En outre, la compression qui s'exerce de bas en haut sur le corps du fœtus peut faire refluer le sang vers les parties supérieures, et amener un véritable état apoplectique; elle peut faire subir de graves lésions aux organes renfermés dans les cavités splanchniques, notamment au cœur, dont elle entrave les mouvemens, et au foie, si volumineux à cet âge, dont le tissu mou et délicat ressent toujours d'une manière fâcheuse les impressions mécaniques, brusques ou lentes, mais long-temps continuées.

Premier genre.

Présentation des fesses.

Les fesses se reconnaissent à une tumeur arrondie et mollasse, offrant des inégalités plus ou moins saillantes et plus ou moins dures, qui sont dues, dans quelques cas, à la présence d'un des grands trochanter, ordinairement à celle des ischions et du coccyx. Les seules parties avec lesquelles on pourrait confondre les fesses, quand elles sont situées à une élévation que le doigt n'atteint qu'à peine, et que la poche des eaux n'est pas rompue, sont le sommet de la tête ou l'une des épaules. En pareil cas, pour se prononcer, on attendra que la rupture de la poche se soit opérée, car alors les signes dont nous venons de parler se dessineront avec

netteté. On en a indiqué d'autres encore, par exemple un sillon séparant les deux fesses, et au milieu duquel se trouve l'orifice de l'intestin rectum, laissant échapper une certaine quantité de méconium. Ces signes sont bons assurément; mais il n'est pas possible de les rencontrer à toutes les époques du travail. Le sillon n'est bien marqué que quand les fesses sont libres au-dessus du détroit abdominal; lorsqu'elles commencent à s'engager dans l'excavation pelvienne, la tension qu'elles éprouvent, par le refoulement en haut des parties molles qui recouvrent les hanches, efface complétement le sillon médian. L'issue du méconium n'a lieu que quand le ventre commence à être comprimé par l'engagement des fesses dans l'excavation. Ce signe, qui se produit dans d'autres circonstances, mais avec des caractères particuliers que nous aurons soin de faire connaître plus tard, manque quelquefois dans celle-ci, soit à cause d'une imperforation du rectum, soit parce que le peu de volume du fœtus fait que le ventre ne subit pas une compression considérable. C'est donc à la présence du sacrum, du coccyx, des tubérosités de l'ischion, des cuisses, et des organes de la génération, qu'on doit surtout s'attacher. Il est encore une circonstance dans laquelle on peut confondre les fesses avec le sommet de la tête : c'est lorsque l'enfant, se présentant par cette dernière partie, éprouve, après la rupture de la poche des eaux, beaucoup de peine à franchir le col utérin, et que les tégumens du crâne deviennent le siége d'une grande tuméfaction. L'état de mollesse que nous avons dit être l'indice de la présentation des fesses se reproduit alors; on ne peut reconnaître ni les sutures ni les fontanelles; mais, avec de l'attention, en promenant le doigt

sur le pourtour des parties qui sont en rapport avec le col de l'utérus, la résistance des pièces osseuses ne laisse aucun doute sur la présence du crâne.

Diverses hypothèses ont été imaginées pour expliquer la présentation de l'extrémité pelvienne. Tant qu'on a cru que le fœtus restait assis sur l'angle sacro-vertébral jusqu'à la fin du septième mois de la grossesse, pour ensuite se précipiter la tête en bas, il suffisait d'admettre qu'une cause quelconque s'était opposée à ce qu'il fît ainsi la culbute. Cette explication avait un côté spécieux, car on a remarqué que les présentations des fesses sont plus fréquentes dans les accouchemens prématurés que dans ceux où le fœtus a acquis un développement complet; mais, en pareil cas, il est plus naturel de penser que si la petitesse du fœtus et l'abondance des eaux qui l'entourent lui permettent d'exécuter des mouvemens variés dans le sein de sa mère, le travail de l'accouchement peut plus fréquemment surprendre le fœtus au moment où les fesses sont dirigées en bas.

Quant aux causes qui déterminent la présentation des fesses au terme de la grossesse, on ne peut faire qu'une supposition, celle d'admettre que le fœtus, petit encore, reste dans cette position pendant un certain temps, et s'y développe au point que le diamètre vertical ou occipito-coccygien de l'ovoïde qu'il représente acquiert des dimensions supérieures à celles des diamètres transverse et antéro-postérieur de l'utérus; ne pouvant plus alors se mouvoir que sur son axe, il est obligé de rester dans la position qu'il avait prise accidentellement, jusqu'au moment de son expulsion.

Les fesses peuvent se présenter dans quatre positions

distinctes, que nous désignons sous les noms de *sacro-ilium gauche*, *sacro-ilium droite*, *sacro-pubienne* et *sacro-sacrale*. Ces positions ne sont pas toutes également fréquentes. Sur 1214 présentations des fesses observées à l'hospice de la Maternité, on a rencontré la première 719 fois, la seconde 456, la troisième 13, et la quatrième 26.

1° *Position des fesses sacro-ilium gauche.*

Dans cette position, le sacrum du fœtus est en rapport avec l'ilium gauche de la mère, les hanches sont placées parallèlement au diamètre sacro-pubien, ou suivant l'un des diamètres obliques du détroit abdominal, la gauche vers les pubis, et la droite vers le sacrum. Le dos du fœtus regarde à gauche, et le plan antérieur, sur lequel les jambes et les cuisses sont étendues, se trouve tourné à droite; le côté gauche est en avant, et le côté droit en arrière; la tête est légèrement inclinée à droite, au fond de l'utérus. (*Atlas*, pl. 41, fig. 1.)

L'impulsion communiquée par les contractions utérines se transmet du sommet de la tête à l'extrémité coccygienne du fœtus: celle-ci franchit le détroit abdominal, et se plonge dans l'excavation du bassin, la hanche gauche tournée vers la cavité cotyloïde ou la fosse obturatrice du côté droit, et la droite vers la symphyse sacro-iliaque gauche, c'est-à-dire diagonalement. Mais nous croyons devoir faire observer que dans la plupart des cas les hanches se plongent parallèlement au diamètre sacro-pubien du détroit abdominal; ce n'est que quand le fœtus est très volumineux qu'elles s'engagent suivant l'un des diamètres obliques. Parvenues au bas de l'excavation, les hanches éprouvent un mouvement de rotation

qui fait que la gauche est ramenée derrière la symphyse des pubis, et la droite dans la concavité du sacrum. Tous les auteurs ont répété, d'après Baudelocque, que la hanche gauche remontait alors derrière la symphyse des pubis, tandis que la droite suivait la concavité du sacrum, pour venir se dégager la première. Nous pouvons assurer qu'il n'en est pas ainsi. Dans tous les cas de présentation des fesses, nous avons constamment vu les hanches se plonger parallèlement, c'est-à-dire descendre sur une même ligne horizontale, et la hanche qui correspond au pubis apparaître la première à la vulve, et se dégager long-temps avant que l'autre eût parcouru la paroi postérieure du bassin ; ce n'est même que quand la première est dégagée, que le mouvement d'inflexion latérale du tronc, qui doit amener le dégagement de la seconde, commence à s'opérer. Nous croyons cette remarque importante, et d'une application utile, lorsqu'il s'agit d'aider à la délivrance. (*Atlas*, pl. 43, fig. 1.)

Pour que les hanches se dégagent, il faut que le tronc du fœtus éprouve une inflexion latérale dont la concavité, correspondant aux pubis de la mère, porte sur le côté gauche, et la convexité sur le côté droit. C'est effectivement ce qui arrive. De cette manière, les fesses sortent du détroit périnéal ; la hanche gauche se montre la première au-dehors, sous l'arcade des pubis, et la droite sort la dernière, après avoir parcouru le plan incliné formé par les courbures du sacrum, du coccyx et du périnée. (*Atlas*, pl. 43, fig. 2.)

Le mouvement d'inflexion latérale continue tout le temps que dure le dégagement du tronc. Les épaules, arrivées au détroit abdominal, s'engagent selon le dia-

mètre oblique droit, l'épaule droite placée au-devant de la symphyse sacro-iliaque gauche, et la gauche derrière la cavité cotyloïde droite. La première, après avoir parcouru toute la paroi postérieure du bassin, vient se dégager au-devant du périnée, tandis que l'autre reste encore appliquée au-dessus et derrière la cavité cotyloïde droite ou derrière les pubis. Quand le fœtus est volumineux, les bras glissent, le plus ordinairement, sur les parties latérales du tronc, et se relèvent pour se porter sur les côtés de la tête; quand, au contraire, l'enfant a peu de volume, les bras restent accollés au tronc, ou si l'un des deux bras se relève, c'est, en général, celui qui correspond à la symphyse des pubis, l'autre restant accollé contre le tronc. Mais, par l'effet des contractions subséquentes, lorsque l'un des bras est dégagé, l'autre, n'étant plus retenu, exécute un mouvement en sens inverse de celui qu'il avait suivi pour se relever, il s'abaisse, revient à sa position naturelle, et se dégage avec le tronc. De son côté, la tête se plonge dans l'excavation pelvienne de la manière suivante; la face passe au-devant de la symphyse sacro-iliaque droite, l'occiput glisse derrière le plan incliné antéro-latéral gauche du bassin, et au moment où s'accomplit le dégagement de l'épaule gauche, elle éprouve, par suite de l'influence que nous avons fait connaître en décrivant la première position du sommet, un mouvement de rotation qui porte l'occiput derrière les pubis et la face dans la concavité du sacrum. (*Atlas*, pl. 44, fig. 1.)

La tête descend dans cette direction : le menton, la bouche, le nez, le front, la fontanelle antérieure, la suture sagittale et la fontanelle postérieure se déga-

gent successivement au-devant de la commissure postérieure de la vulve, tandis que l'occiput sort le dernier, en roulant contre et au-dessous de la symphyse pubienne, par la continuation d'un mouvement qui porte le tronc du fœtus vers le ventre de la mère. (*Atlas*, pl. 44, fig. 2.)

Le vulgaire témoigne toujours sa surprise de ce que l'enfant puisse *passer en double*, ce sont ses expressions, c'est-à-dire ayant les cuisses relevées sur le tronc. Le merveilleux apparent du phénomène disparaît si l'on se rappelle que le diamètre bis-iliaque des hanches du fœtus et même le diamètre bi-trochantérien, qui est le plus grand de l'extrémité pelvienne, sont inférieurs au diamètre bis-acromial des épaules et au diamètre bi-pariétal de la tête; dès lors il n'est pas surprenant que les fesses puissent s'engager de la sorte. Quant à la flexion outrée des cuisses sur le tronc, elle n'a rien non plus d'extraordinaire quand on réfléchit à l'extrême laxité des articulations et à la grande mobilité des cuisses sur le bassin pendant le jeune âge. Pour que le fœtus sortît réellement *en double*, il faudrait que la flexion s'opérât vers le milieu de la colonne vertébrale, ce qui est impossible, ou ne pourrait avoir lieu sans compromettre l'existence du fœtus.

2° *Position des fesses sacro-ilium droite.*

Cette position ne diffère de la précédente qu'en ce que les rapports partiels du fœtus et du bassin de la mère sont inverses. Ainsi, le sacrum du premier est en rapport avec l'ilium droit de la seconde, les jambes et les cuisses, étendues et relevées au-devant de l'abdomen, sont dirigées vers l'ilium gauche, la hanche droite vers

le pubis, la gauche vers le sacrum de la mère. Quant au mécanisme, il est le même; les hanches s'engagent selon le diamètre sacro-pubien ou l'un des obliques : seulement les mouvemens qu'elles exécutent dans l'excavation pelvienne s'opèrent en sens inverse. La hanche droite est la première qui apparaît à la vulve, après quoi le côté droit du tronc s'infléchit sous les pubis pour la sortie de la hanche gauche; puis les épaules se présentent au détroit abdominal, suivant le diamètre qui a livré passage aux hanches, et l'accouchement se termine comme dans la position précédente, si ce n'est que la face passe devant la symphyse sacro-iliaque gauche, au lieu de la droite, et que l'occiput glisse sur le plan incliné antéro-latéral droit du bassin. Ce qu'il importe de savoir, c'est que, dans toutes les présentations de l'extrémité pelvienne, la tête ne peut s'engager d'une manière convenable qu'autant qu'elle reste fléchie sur le haut de la poitrine, c'est-à-dire que le menton en est rapproché autant que possible. Si par d'imprudentes tractions on venait à la redresser, on créerait des difficultés qui pourraient compromettre la vie du fœtus.

3° et 4°. *Positions sacro-pubienne et sacro-sacrale.*

Quelques contemporains, M. Paul Dubois entre autres, ont supprimé ces deux positions, sans doute parce que l'accouchement naturel ne peut avoir lieu qu'autant qu'elles se convertissent en l'une des deux précédentes. Cependant, puisqu'elles ont lieu quelquefois dès le début du travail, nous croyons devoir les conserver, et d'ailleurs il importe de le faire sous le point de vue pratique; car ce sont celles qui offrent le plus

de difficultés, et souvent, lorsque les enfans ont un certain volume, ils ne se plongent pas dans l'excavation pelvienne, et l'art est obligé d'intervenir. La troisième est moins défectueuse que la quatrième, et celle-ci est la seule position des fesses qui nous ait obligé d'aller chercher les pieds.

Dans la troisième position des fesses, la hanche droite du fœtus correspond au côté gauche de la mère, la hanche gauche au côté droit, la région lombaire au pubis, et la face sternale à la paroi postérieure de l'utérus. Si le fœtus a peu de volume, les lombes glissent derrière l'arcade pubienne; la hanche sur laquelle porte l'action immédiate des contractions utérines se dirige en arrière jusqu'à ce qu'elle soit arrivée dans la courbure du sacrum; l'autre hanche tourne derrière les pubis, et les fesses franchissent le détroit périnéal, comme dans l'une ou l'autre des deux premières positions.

Dans la quatrième position (*Atlas*, pl. 42, fig. 2), la hanche droite et le côté droit du fœtus correspondent au côté droit de la mère; la hanche gauche et le côté gauche au côté gauche de celle-ci, la partie postérieure des cuisses et des jambes, et toute la région antérieure du fœtus regardent la paroi antérieure de l'utérus, le sacrum et le dos sont tournés vers la partie postérieure; la tête, fléchie et portée en avant, se trouve en rapport avec le fond de l'organe.

L'accouchement naturel est plus long et plus difficile dans cette position que dans la troisième; il ne peut s'opérer qu'autant que cette position se convertit en une des deux premières. En général, on ne peut espé-

rer qu'il s'accomplisse qu'autant que le fœtus a un petit volume, et encore pour en faciliter l'engagement; il faut user de patience, faire changer la mère de position, soutenir son courage, aider aux efforts contractiles de l'utérus, et on verra cette position se convertir en première ou seconde position, et dès lors l'accouchement se terminer comme dans l'une de ces dernières.

Deuxième genre.

Présentations des pieds.

Avant la rupture de la poche des eaux, on peut confondre les pieds avec les mains; mais plus tard toute méprise devient impossible. Les pieds ont une forme qui ne ressemble nullement à celle des mains; les orteils sont courts, peu mobiles, d'égale longueur ou à peu près; le talon forme une saillie arrondie; l'articulation du pied avec la jambe, au lieu d'être, comme à la main, disposée selon l'axe du membre, se fait à angle droit, et présente de chaque côté une malléole; enfin, comme dernier signe, presque toujours les fesses sont rapprochées des pieds et appliquées immédiatement dessus, de sorte qu'en portant le doigt plus haut il est facile de les sentir; or il est impossible de les confondre avec une épaule ou la poitrine, que l'on rencontrerait au-delà de la main.

Nous admettons, pour les présentations des pieds, comme pour celles des fesses, quatre positions, auxquelles nous donnons les noms de *calcanéo-ilium gauche*, *calcanéo-ilium droite*, quelle que soit d'ailleurs la direction des pieds, que les talons soient tournés directement à gauche ou à droite, ou qu'ils le soient

un peu plus en avant ou un peu plus en arrière, pourvu qu'ils correspondent à un point quelconque des os iliaques droit ou gauche; *calcanéo-pubienne*, et *calcanéo-sacrale*, suivant que les talons répondent au pubis ou au sacrum. Ces positions ne sont pas également fréquentes. Sur un total de 769 présentations des pieds, la première s'est offerte 482 fois, la seconde 261, et chacune des deux autres 13.

Ces présentations n'étant que des déviations de celles des fesses, sont produites par les mêmes causes. Elles sont ordinairement accompagnées d'une obliquité très prononcée de l'utérus; on conçoit alors que les fesses ne correspondant point exactement au centre du détroit abdominal, les pieds s'engagent à mesure que la dilatation du col a lieu.

Pour que l'accouchement soit aussi naturel que possible dans ces présentations, il faut que les deux pieds s'offrent à la fois; cependant il s'accomplit quelquefois de lui-même, bien qu'un seul pied se présente; seulement, alors il marche avec plus de lenteur, parce que l'autre pied n'est pas toujours étendu sur la région antérieure du fœtus, et qu'un certain laps de temps devient nécessaire pour que son déploiement s'accomplisse.

Voici quelle est la marche du travail dans les quatre positions des pieds.

Dans la *position calcanéo-ilium gauche*, les pieds, appuyés sur les fesses et poussés par elles, s'engagent dans l'orifice de l'utérus, puis dans le vagin, en conservant leur position oblique. La hanche droite passe au-devant de la symphyse sacro-iliaque gauche, se contourne légèrement pour se loger dans la concavité du sacrum, le long de laquelle elle glisse, et sort la

première à l'angle inférieur du périnée; la gauche descend derrière la cavité cotyloïde droite, puis se porte en avant, remonte derrière les pubis, se contourne ensuite sous le bord inférieur de ces os, et sort à son tour. Dès que les fesses ont franchi la vulve, le tronc, engagé dans l'excavation pelvienne, éprouve une inflexion latérale, en vertu de laquelle le côté droit décrit une courbure pour suivre la direction qu'a prise la hanche correspondante; les bras sont relevés de chaque côté de la tête; le haut du tronc pénètre aussi dans le détroit abdominal; l'épaule droite s'engage de la même manière que l'a fait la hanche du même côté, et se contourne comme elle pour passer dans la concavité du sacrum; le bras droit descend sur le côté droit de la tête, et l'avant-bras se place au-devant de la face, qui est située à droite et en arrière du bassin; l'épaule droite est la première qui apparaît à la vulve, après quoi la gauche descend de derrière les pubis. La face, située d'abord au-devant de la symphyse sacro-iliaque droite, passe dans la courbure du sacrum, le long de laquelle elle glisse pour sortir du bassin, de manière que la bouche, le nez, les yeux et le front se dégagent successivement, puis le sommet et l'occiput, qui sortent les derniers.

Dans la *position calcanéo-ilium droite*, les pieds et les jambes s'engagent obliquement dans l'orifice de l'utérus. La hanche droite descend au-devant de la symphyse sacro-iliaque droite, gagne la courbure du sacrum, et sort la première; la droite, qui était située derrière la cavité cotyloïde gauche, glisse derrière les pubis, s'engage sous l'arcade; les fesses franchissent la vulve, en se relevant vers l'aine gauche de la mère, le côté gauche du tronc parcourt la courbure du sacrum,

l'épaule gauche passe au-devant de la symphyse sacro-iliaque droite, se contourne pour arriver dans la concavité du sacrum, et se dégage au-devant du périnée; l'épaule droite, qui était placée d'abord derrière la cavité cotyloïde gauche, vient se loger derrière les pubis; la face descend au-devant de la symphyse sacro-iliaque droite, puis se contourne pour passer au-devant du sacrum; le menton, la bouche, le nez, le front, le sommet et l'occiput se dégagent successivement au-devant du périnée.

La *position calcanéo-pubienne* se transforme toujours en l'une des deux précédentes pendant le cours du travail; mais quelquefois aussi, si le fœtus est très petit, elle persiste jusqu'à la fin; alors tantôt les hanches, les épaules et la tête ne tournant point sur leur axe, comme elles font dans ces deux positions, et le dos du fœtus étant toujours dirigé en avant, il n'y a ni mouvement de rotation à l'intérieur, ni mouvement de restitution à l'extérieur; mais le plus ordinairement les hanches et les épaules, après s'être engagées transversalement au détroit abdominal, se placent d'avant en arrière pour traverser la vulve, et, dans ce cas, le reste de l'expulsion s'opère comme dans les deux premières positions des pieds.

Dans la *position calcanéo-sacrale*, les hanches franchissent le détroit supérieur quelquefois dans le sens du diamètre bis-iliaque, mais le plus souvent dans celui d'un des diamètres obliques; il en résulte alors une position en quelque sorte *hybride*, ou calcanéo-postérieure droite ou gauche, qui, cependant, ne tarde pas à se convertir en l'une des deux premières; les épaules se comportent de la même manière, si ce n'est qu'elles man-

quent rarement de pivoter sur elles-mêmes, alors même qu'elles affectent d'abord une position transversale. Le tronc se plie en arc, dont la convexité regarde en arrière, comme dans la première position; l'épaule qui s'était portée en arrière, apparaît la première à la vulve, puis celle qui s'était logée sous les pubis, et à leur sortie elles se replient en travers par une sorte de mouvement de restitution. La tête alors sort à son tour; le menton, la bouche, le nez, le tronc, le sommet et l'occiput se dégagent successivement au-devant du périnée; cependant si les talons et le dos du fœtus restaient dirigés en arrière, comme M. Bouhoure, médecin à Roissy, dit l'avoir observé, on verrait la face descendre derrière le pubis, se dégager en avant sous l'arcade pubienne, et l'occiput sortir le dernier en roulant au-devant de la commissure postérieure de la vulve et du périnée.

Troisième genre.

Présentations des genoux.

Avant la rupture de la poche des eaux, les genoux peuvent être confondus avec les coudes; mais la méprise devient impossible après cette rupture. Les genoux représentent une surface plane, et non une éminence pointue, au milieu de laquelle on sent la rotule, dont le cartilage a déjà acquis beaucoup de densité. Du côté opposé, on reconnaît le pli du jarret, qui diffère sensiblement de celui du bras. D'ailleurs, s'il restait quelques doutes, un peu d'attente les dissiperait bientôt, car les douleurs, en faisant descendre de plus en plus les parties, lèveraient toute incertitude, d'autant plus que, dans l'hypothèse d'une présentation du coude, la pro-

gression ordinairement n'a pas lieu, l'enfant se trouvant placé en travers.

Il y a quatre positions des genoux, fondées sur les rapports du tibia avec l'un ou l'autre os iliaque, les pubis ou le sacrum, et qui portent les noms de *tibio-ilium gauche*, *tibio-ilium droite*, *tibio-pubienne* et *tibio-sacrale*. Ces quatre positions ne sont pas aussi communes les unes que les autres : sur 15 cas, on a observé la première 9 fois, la seconde et la troisième 3 chacune, sans aucun exemple de la quatrième. La pl. 41, fig. 2 de l'*Atlas*, donne une idée de l'attitude du fœtus dans la seconde position des genoux. Le mécanisme de l'accouchement dans chacune des positions des genoux est le même que celui que nous venons de décrire dans chacune des positions des pieds qui leur correspondent.

CHAPITRE III.

ACCOUCHEMENS ACCIDENTELLEMENT NATURELS.

Évolution spontanée.

Nous avons dit que les présentations du tronc ou du torse appartenaient essentiellement aux accouchemens artificiels, mais qu'il y avait cependant certains cas dans lesquels le fœtus pouvait venir au monde sous l'influence des seuls efforts de la nature. Cette vérité, qu'à notre avis il eût été plus avantageux pour l'humanité de taire que de faire connaître, puisque des auteurs, à l'exemple de Denman, ont voulu en faire un précepte de pratique, mérite d'être examinée avec soin et appréciée à sa juste valeur. Pour cela il est né-

cessaire de faire connaître la marche que le travail suit en pareille circonstance.

Le tronc du fœtus peut se présenter à l'orifice de l'utérus par l'une des surfaces antérieure, postérieure, ou latérales, droite ou gauche. Toutes ces présentations sont rares, mais non au même degré : celles du plan antérieur sont les moins communes, celles du plan postérieur se voient un peu plus souvent, et les plus communes de toutes sont celles des plans latéraux.

I. La disposition du fœtus dans le sein de sa mère explique la rareté des présentations du plan antérieur du tronc. Pour que cette surface s'offrît à l'orifice de l'utérus, il faudrait que le fœtus, au lieu d'être pelotonné et roulé en ovoïde, fût, au contraire, étendu. Il est vrai que si l'on consulte les auteurs anciens, on voit que non seulement ils admettaient la possibilité de semblables présentations, mais qu'ils en ont donné des descriptions et des figures. Ainsi on trouve dans Mauriceau des planches représentant des fœtus qui offrent l'abdomen à l'orifice de l'utérus (1). Jamais rien de semblable n'a été vu à l'hôpital de la Maternité. En tous cas, si cette présentation avait lieu, nous pensons qu'elle ne pourrait se faire qu'en offrant la partie supérieure de la poitrine, comme cela devait être dans les observations 43 et 44 d'Amand (2) : l'une de ces observations rapporte l'histoire d'une femme grosse de trois enfans, dont le second présentait les deux mains à l'orifice de l'utérus ; et l'autre, celle d'un fœtus qui pré-

---

(1) *Traité des maladies des femmes grosses*, 1721, t. I, p. 321.

(2) Amand, *Observations sur la pratique des accouchemens*, 1714, p. 168 et 173.

sentait à la fois les deux mains, les deux pieds, avec le cordon ombilical.

II. Quant aux présentations des diverses régions de la surface postérieure du corps, on conçoit qu'elles soient plus possibles que celles du plan antérieur; mais elles n'ont été observées que chez des femmes dont l'utérus contenait un fœtus d'un petit volume, et souvent un avorton, presque toujours privé de vie depuis un laps de temps plus ou moins long, ou qui, s'il était vivant, avait un volume si petit, relativement à l'étendue du bassin, qu'il était généralement apte à le franchir, de quelque manière qu'il s'y offrît. Jamais on ne les a rencontrées dans des cas de fœtus bien constitués. On a propoé de les rapporter aux présentations des plans latéraux. Ce rapprochement nous semble d'autant plus fondé que, dans ces dernières, on trouve presque toujours le tronc du fœtus plus ou moins incliné.

III. Nous réduisons toutes les présentations des parties latérales du tronc à celles des épaules. Nous n'admettons donc pas, comme le faisait Baudelocque, celles des parties latérales du cou, celles du flanc et celles de la hanche, parce que, sous le rapport des indications à remplir, elles se confondent avec celles de l'épaule proprement dite. En effet, que l'un des côtés du cou, par exemple, vienne se présenter à l'orifice de l'utérus, cette partie n'étant pas propre à s'adapter au pourtour du bassin, presque toujours, après quelques contractions de l'utérus, le moignon de l'épaule s'engagera à l'orifice du viscère, ou dans des cas extrêmement rares, la tête elle-même viendra s'y présenter, et l'on aura dans le premier cas une présentation plus ou moins franche de l'épaule, dans le second une posi-

tion plus ou moins déviée du sommet. A l'égard des autres régions du plan latéral, le flanc et la hanche, faisant moins de saillie que l'épaule, ont moins de tendance qu'elle à s'engager dans l'orifice du col.

Les épaules se sont offertes 389 fois sur 84,395 accouchemens; leurs présentations sont donc un peu plus communes que celles de la face.

L'épaule ne peut être reconnue d'une manière certaine qu'après la rupture de la poche des eaux. Ses caractères sont de former une tumeur arrondie, lisse, ferme, moins volumineuse que la tête, moins résistante que le sommet, moins grosse, mais à peu près de même consistance, que les fesses, seules parties avec lesquelles on puisse la confondre. Si l'on parvient à porter le doigt assez haut, on sent l'acromion, la clavicule, et la dépression que laissent entre eux le cou et l'épaule. S'il restait quelques doutes, on ferait glisser le doigt en avant et en arrière, pour arriver au pli de l'aisselle; la différence de volume entre le bras et la cuisse rendrait déjà une erreur difficile. Enfin, si l'enfant n'avait pas trop d'embonpoint, le doigt sentirait les côtes, les espaces intercostaux, et, dans quelques cas, l'angle ou l'épine de l'omoplate.

Les causes qui peuvent amener les présentations de l'épaule sont les mêmes que celles qu'on assigne aux déviations de la tête. Le plus souvent elles dépendent d'une obliquité de l'utérus, d'une grande quantité d'eau; quelquefois elles sont le résultat de la petitesse et de la mobilité du fœtus, ce qui explique pourquoi elles semblent être plus fréquentes dans les avortemens que dans les accouchemens à terme. Il y a des cas où l'on ne peut les attribuer qu'à des causes fortuites, comme

une violente commotion, une suite de secousses, un voyage en voiture, l'exercice du cheval, une chute, une frayeur vive et subite, qui ont déterminé des mouvemens brusques du fœtus dans les derniers temps de la grossesse.

Baudelocque assignait quatre positions à chaque épaule, dans lesquelles l'acromion se trouverait appliqué, savoir : la première au-dessus du pubis, la seconde contre l'angle sacro-vertébral, la troisième et la quatrième vers l'un des ilium. Nous rejetons les deux premières. La seule qui peut-être serait susceptible d'être conservée est la seconde, dont on concevrait effectivement la possibilité dans le cas d'une obliquité antérieure de l'utérus fortement prononcée et d'un très petit volume du fœtus; mais, en pareille circonstance, la saillie de la colonne lombaire ferait dévier la tête à droite ou à gauche, ce qui rapprocherait plus ou moins cette position de la troisième ou de la quatrième, les seules que l'observation nous ait permis de constater. En conséquence, nous n'admettons pour chaque épaule que deux positions, que nous désignerons, la première sous le nom de d'*acromio-ilium gauche*, dans laquelle le fœtus est situé de manière que l'acromion est dirigé vers le côté gauche du bassin, la tête vers la fosse iliaque gauche de la mère, et que le creux de l'aisselle et la base de la poitrine sont en rapport avec la fosse iliaque droite de celle-ci; la deuxième, d'*acromio-ilium droite*, dans laquelle l'acromion et le creux de l'aisselle sont dans une situation inverse de la précédente. Dans chacune de ces positions, il y a d'assez nombreuses variétés : l'épaule peut être située directement en travers, ou l'acromion se rapprocher plus ou moins de l'émi-

nence ilio-pectinée ou de la symphyse sacro-iliaque ; le tronc peut être à peu près horizontal, ou avoir son extrémité pelvienne plus ou moins relevée; il peut être d'aplomb, ou avoir ses plans antérieur et postérieur plus ou moins inclinés en avant et en arrière; enfin le bras peut demeurer appliqué contre la poitrine, ou s'en écarter, et s'engager dans l'orifice, soit ployé en deux, soit entièrement déployé. Toutes ces variétés, à l'exception de la dernière, dont nous traiterons à part plus loin, n'ont aucune portée quant à la terminaison de l'accouchement.

L'épaule droite se présente un peu plus souvent que la gauche; sur 309 cas, elle s'est offerte 215 fois, et celle-ci 174 seulement, ce qui tient à deux causes réunies : la position ordinaire du fœtus dans le sein de sa mère, et la fréquence plus grande de l'obliquité latérale droite. La fréquence n'est pas non plus tout-à-fait la même pour chacune des deux positions de chaque épaule : madame Boivin a trouvé, sur 46 cas, la droite 19 fois dans notre première position, la troisième de Beaudelocque, et 27 dans notre seconde, la quatrième du même auteur; sur 33 cas, la gauche 13 fois dans la première, troisième de Beaudelocque, et 20 dans la deuxième, quatrième de Beaudelocque. Ainsi la quatrième position se rencontre un peu plus souvent que la troisième.

Lorsqu'on a constaté la présence de l'épaule, il importe de savoir si elle appartient au côté droit ou au côté gauche. Dans la position acromio-ilium gauche, le dos regarde en arrière pour l'épaule gauche, et en avant pour la droite; c'est le contraire dans la position acromio-ilium droite. On se guide, pour recon-

naître le côté auquel appartient l'épaule, d'après la direction du creux de l'aisselle et la position de l'omoplate : le creux de l'aisselle tourné vers le côté droit de la mère indique l'épaule droite si l'omoplate est dirigé en avant, et la gauche si cet os est dirigé en arrière; ce même pli tourné vers le côté gauche de la mère annonce l'épaule droite quand l'omoplate est en arrière, et la gauche lorsque cet os est en avant.

L'accomplissement de l'accouchement par les seuls efforts de la nature, dans les cas de présentation de l'épaule, constitue un phénomène qu'on a désigné sous le nom de *version* ou *évolution spontanée*. Divers praticiens en avaient autrefois observé quelques exemples sans y faire presque aucune attention, et ce fut seulement à l'époque où Th. Denman publia son livre (1), en 1784, que l'on commença à s'en occuper d'une manière sérieuse. Depuis, il s'en est présenté un assez grand nombre de cas, dont plusieurs sont renfermés chaque année dans les journaux de médecine français et étrangers, et au moment où nous imprimons cette feuille nous venons encore d'en observer un. La marche que suit alors la nature offre plusieurs variétés.

En effet, il y a des cas où le fœtus, très mobile à cause de son petit volume et de l'abondance des eaux de l'amnios, se déplace en totalité et change réellement de position, soit que la tête remonte, entraînant avec elle l'épaule arrêtée au détroit, pendant que l'extrémité pelvienne descend vers l'orifice utérin, soit que l'épaule, se relevant, entraîne également la tête et lui permette de s'engager. Ces deux circonstances, la der-

(1) Voyez dans la détestable traduction de Kluyskens, t. II, p. 300.

nière surtout, sont excessivement rares, et n'ont été observées qu'un petit nombre de fois.

Dans d'autres cas, au contraire, l'épaule ne se déplace pas; elle reste stationnaire, sans avancer ni reculer d'une manière bien sensible, et cependant le fœtus sort de l'utérus. Alors, sans que le haut de la poitrine quitte l'excavation, tantôt c'est la tête et tantôt c'est l'extrémité pelvienne qui s'abaisse pour franchir peu à peu la filière du bassin.

Le premier de ces deux cas, désigné sous le nom d'*évolution céphalique*, n'a été observé qu'un petit nombre de fois. Effectivement il ne peut guère avoir lieu qu'autant que le fœtus est peu volumineux ou le bassin fort large. On a vu alors, après que l'épaule ou le haut du sternum, remplissant l'excavation, étaient arrivés à la vulve, des tractions exercées sur le fœtus ou de violens efforts de la femme, faire avancer la tête, qui franchissait peu à peu le bassin, en descendant du cou vers le vertex, sans que la poitrine quittât l'excavation.

Le second cas, beaucoup plus commun, constitue ce qu'on appelle l'*évolution pelvienne*, dans laquelle l'épaule, fixée dans l'excavation ou même à la vulve, n'empêche pas le fœtus de sortir par son extrémité pelvienne. Pour bien faire concevoir la manière dont s'accomplit alors l'accouchement naturel, nous supposerons une position acromio-ilium gauche de l'épaule droite. Après l'écoulement des eaux, les contractions utérines obligent le corps du fœtus, qui est placé à peu près en travers, à se fléchir sur le côté opposé à celui qui se présente, c'est-à-dire à décrire un arc dont le côté droit du fœtus représente la convexité;

la tête se renverse sur le côté gauche du cou, et le siége sur la hanche gauche, de sorte que l'épaule droite tend à s'engager de plus en plus dans l'excavation. Mais ce mouvement de descente de l'épaule venant à être arrêté par le volume de la tête, puisqu'il a nécessairement la longueur du cou pour limite, le tronc exécute un mouvement de déplacement qui lui fait quitter sa direction transversale pour en prendre une presque parallèle au diamètre antéro-postérieur du bassin de la mère. Il suit de là que le siége se trouve placé au-dessus, ou plutôt au-devant de la symphyse sacro-iliaque, et la tête au-dessus de la branche horizontale du pubis, non loin de l'épine de cet os. Une fois ce déplacement achevé, le mouvement de descente se complète, le côté du corps vient se placer derrière la symphyse pubienne, dont il mesure toute la longueur. En effet, on voit l'avant-bras et le bras apparaître à la vulve, et l'épaule se loge sous la symphyse des pubis. Dans le même temps, les efforts de l'utérus poussent dans l'excavation le tronc entier ployé en deux sur son côté droit, et le font descendre jusqu'à ce que la tête ne permette plus à l'épaule de s'abaisser davantage. Alors, l'acromion restant toujours placé sous la symphyse, l'extrémité pelvienne, qui reste seule mobile, continue sa progression de haut en bas, et glisse, le long de la face antérieure du sacrum, jusqu'à la vulve, où l'on voit apparaître successivement le côté de la poitrine, le flanc, la hanche, les cuisses, puis toute l'étendue des membres abdominaux, qui se déploient à l'extérieur. Il ne reste plus dans l'excavation que la tête et le bras droit, qui sortent ensuite, comme dans un cas ordinaire de présentation de l'extrémité pelvienne.

Le même phénomène, c'est-à-dire le ploiement du tronc en deux, le véritable passage du fœtus en double, a lieu quelquefois dans les présentations du plan dorsal (1) et du plan sternal (2); on en connaît des exemples, en très petit nombre il est vrai.

Ces sortes d'accouchemens ne se terminent qu'après des souffrances long-temps prolongées, qui mettent la femme dans des conditions fâcheuses, quelquefois même compromettent son existence et la font succomber. Le plus ordinairement les enfans meurent dans cette évolution, souvent même ils ne sont expulsés qu'après avoir subi un commencement de décomposition putride. Aussi, loin d'émettre l'opinion qu'il faut attendre l'évolution spontanée, nous ne saurions trop la combattre, parce que, nous le répétons, cette évolution est fatale au fœtus et dangereuse pour la mère, à cause de la longueur du travail et de la pression forte qu'éprouvent les organes maternels; nous dirons qu'on ne doit la permettre que quand on ne peut l'empêcher. En effet, l'évolution spontanée ne peut être considérée que comme un accident heureux, sur lequel il n'est pas permis de compter dans les cas ordinaires. C'est une dernière ressource que la nature toute-puissante oppose aux causes de destruction qui menacent la mère, mais une ressource étrangère à l'art, et qu'au début du travail on ne peut ni prévoir ni provoquer.

---

(1) *Clinique des hôpitaux*, t. I, n° 60, p. 53.
(2) *Statistica ostetrica di Santa-Maria-Nuova*, p. 13.

CHAPITRE IV.

DE LA CONDUITE A TENIR AUPRÈS D'UNE FEMME EN TRAVAIL.

Lorsque nous sommes appelés près d'une femme qu'on dit être en mal d'enfant, nous devons nous assurer 1° si elle est enceinte; 2° si elle est au terme de sa grossesse: 3° si elle est en travail.

Bien qu'il paraisse étrange de prime-abord de chercher à constater l'existence de la grossesse chez une femme qui se dit être sur le point d'accoucher, cependant il arrive quelquefois que l'on réclame les secours de notre art pour des personnes qui ne sont pas grosses. Nous en pourrions citer des exemples tirés de notre propre pratique. Evrat nous disait avoir un jour été appelé pour appliquer le forceps sur une femme qui non seulement n'était pas enceinte, mais qui, par suite d'un allongement excessif du col, était et resta à jamais stérile. Il ne manque pas de faits analogues dans les auteurs.

Après avoir constaté la grossesse, on doit chercher à savoir si elle a parcouru toutes ses périodes; car si le terme de la grossesse n'était pas arrivé, on devrait chercher à calmer des souffrances qui ne pourraient avoir d'autres résultats que de fatiguer la femme ou d'amener un travail prématuré. Nous avons déjà dit comment on parvient à juger que la grossesse est à son terme et à distinguer les douleurs qui dépendent des contractions utérines, de celles qui tiennent à d'autres causes.

Quant à déterminer si le travail est commencé, le toucher seul peut lever tous les doutes. Il permet 1° de reconnaître avec précision si la femme est ou non sur le point d'accoucher; 2° de déterminer quelle est la

partie du fœtus qui se présente, ce qui est souvent difficile, quelquefois même impossible au début, mais ce qu'on parvient à faire de bonne heure avec de l'habitude, quand tout est normal, tant du côté de la mère que du côté du fœtus; 3° d'assigner approximativement la durée probable du travail. On puise les éléments de ce pronostic dans la bonne ou mauvaise conformation du bassin, dans l'état de souplesse ou de rigidité, soit du col utérin, soit des parties qui tapissent l'excavation pelvienne, soit des organes extérieurs de la génération, dans la position plus ou moins régulière ou défectueuse du fœtus, enfin dans le degré d'énergie physique et morale dont la femme est douée.

Tant que l'accoucheur n'a pas pratiqué le toucher, il ne sait rien, ou du moins il est censé ne rien savoir; aussi jusque là on ne lui demande rien, et si on lui adresse une question, il est en droit de ne rien répondre; mais, aussitôt après cette exploration, presque toujours la femme ou les assistans s'empressent de lui demander si le fœtus est bien ou mal placé, si l'accouchement sera heureux et prompt. Le pronostic qu'il va porter est utile à lui-même, à la femme et à ceux qui l'entourent; à lui-même, parce que, si les circonstances le portent à penser et à dire qu'un certain laps de temps s'écoulera encore jusqu'au moment désiré, il pourra s'absenter et vaquer à ses affaires, tandis qu'une sollicitude bien facile à comprendre lui fera un devoir de rester dans le cas contraire; pour la femme et ses proches, en ce qu'il met le calme dans leur âme en annonçant que tout permet d'espérer une délivrance heureuse et prochaine. Cependant, il est convenable de ne pas fixer d'une manière trop précise l'instant de

la délivrance, dans la crainte que l'événement ne réponde pas aux prévisions, car il arrive souvent que le travail commence d'une manière régulière, et que tout-à-coup, sans qu'il soit possible de le préjuger, les douleurs diminuent d'intensité et se ralentissent, circonstance qui peut faire varier la durée du travail. Toutes les fois que l'on conjecture, d'après la rigidité des parties, lorsque la femme est primipare, ou autres indices, que le travail marchera lentement, on ne doit pas craindre de l'annoncer ; il y a même alors avantage à fixer un temps plus long que celui qu'on présume devoir s'écouler, car si l'événement arrive plus tôt, on ne vous saura pas mauvais gré de vous être trompé, tandis que si le terme était dépassé, la femme perdrait confiance, elle se tourmenterait, et son imagination tendue pourrait susciter de graves accidents.

La femme étant sur le point d'accoucher, il faut disposer tout ce qui pourra à cet égard être utile pendant le cours du travail. Voici, en général, ce qu'il convient de faire quand la position sociale de la femme le permet.

La première chose de laquelle on doive s'occuper, c'est de la disposition du local. Si l'on a le choix, on prend une pièce bien éclairée, silencieuse, exempte de toutes odeurs, et assez vaste, sans toutefois l'être trop, pour que l'air puisse s'y renouveler avec facilité, pour qu'il soit possible d'y maintenir constamment une température égale et modérée. Trop de chaleur expose les femmes à des congestions pulmonaires ou cérébrales, accidens auxquels elles se trouvent déjà prédisposées par les effets du travail; énervées par l'action débilitante d'une haute température, elles manquent souvent de forces pour aider à leur délivrance; on est alors obligé

d'ouvrir les fenêtres, afin de les rafraîchir, et on les expose ainsi à des courans d'air, qui peuvent susciter des accidens inflammatoires plus ou moins sérieux. Quant à une température froide, les inconvéniens qui peuvent en résulter sont trop sensibles pour que nous ayons besoin de nous y arrêter.

Il faut, autant que possible, ne souffrir auprès de la femme en travail que le nombre de personnes strictement nécessaire. Des témoins trop nombreux nuisent toujours, d'abord parce qu'ils encombrent l'appartement, vicient l'air et accroissent la chaleur, ensuite parce que ces témoins sont ordinairement des femmes, qui souvent manquent de courage ou de discrétion; les unes tombent en pamoison, et réclament des secours qui devraient être exclusivement réservés à la patiente; les autres se complaisent à des récits d'accouchemens fâcheux, dont elles exagèrent et dénaturent les incidens, en sorte que celle-ci s'inquiète, perd patience, ou reçoit des impressions capables d'exercer une mauvaise influence sur elle. On aura donc soin d'écarter tous les témoins inutiles, tous ceux qui pourraient devenir nuisibles, tous ceux surtout dont la présence gêne ou contrarie la femme. On ne laissera autour d'elle qu'une ou deux personnes intelligentes : une mère, une sœur, une parente ou une amie intime, et une garde-malade, pour lui tenir les genoux.

Certaines précautions doivent être prises aussi relativement à la femme elle-même.

En premier lieu, il convient de lui faire administrer un lavement, afin de débarrasser le gros intestin des matières qui pourraient s'échapper pendant le travail, et souiller l'enfant ou le lit, ou dont la présence pour-

rait mettre obstacle à la progression du fœtus : ce lavement doit être purement émollient. Il faut aussi engager la femme à uriner, et, si elle ne peut y parvenir, on ne doit pas craindre de pratiquer le cathétérisme de la vessie, car la réplétion de ce réservoir cause des douleurs vives qui peuvent paralyser les contractions utérines, et dans d'autres cas peut amener une rupture de la vessie promptement mortelle, ainsi qu'il y a des exemples dans la science.

Dans les accouchemens naturels, et surtout durant les premiers temps du travail, il importe assez peu que la femme prenne une position plutôt qu'une autre. Lorsqu'aucun accident ne se manifeste et que le bassin est bien conformé, il faut, sans la contrarier à cet égard, la laisser changer souvent d'attitude, car elle ne se trouve bien dans aucune. Ainsi on lui permet de rester debout, de se promener ou de s'étendre sur un canapé, à moins qu'il n'y ait quelque circonstance spéciale qui fasse naître d'impérieuses indications, comme une obliquité fortement prononcée, un prolapsus de l'utérus, une présentation défectueuse du fœtus, un commencement d'hémorrhagie, etc. Mais aussitôt que la dilatation est achevée, il faut lui faire prendre une position convenable.

Quant au choix de la position, on suit moins, sous ce rapport, les préceptes dictés par la raison que les coutumes consacrées par l'usage et qui varient suivant les pays, les localités, les diverses conditions sociales. Jadis, on prescrivait à la femme de se promener, dans la vue d'activer les douleurs; dans certaines provinces de France, on la faisait accoucher debout, les coudes appuyés sur le dossier d'un lit, l'opérateur

étant placé devant ou derrière elle pour soutenir le périnée et recevoir l'enfant ; ailleurs encore, elle s'agenouillait, ou bien elle s'asseyait sur les genoux de quelqu'un. En Allemagne et dans le nord de l'Europe, on emploie encore une espèce de chaise, ou plutôt de fauteuil, dont l'invention remonte à une très haute antiquité; ce meuble, dont le dossier mobile peut, au moyen d'une crémaillère, prendre différents degrés d'inclinaison, permet d'abaisser plus ou moins le haut du corps, dont le bas repose sur un siége percé d'un trou, au-dessous duquel on place un vase destiné à recevoir le liquide amniotique, le sang, et toutes les substances excrémentitielles qui peuvent s'échapper pendant le cours du travail de l'accouchement.

Plusieurs inconvéniens sont attachés à ces diverses positions. Obliger la femme à marcher pendant le travail, quand il doit durer long-temps, c'est lui imposer une tâche pénible, et l'épuiser ; la laisser debout, c'est également la fatiguer beaucoup, et courir le risque de voir l'enfant se plonger dans l'excavation pelvienne avant que la dilatation soit complète, et entraîner avec lui l'utérus. En admettant qu'il n'y pénètre qu'après la dilatation, il peut se faire que la tête arrive brusquement sur le périnée et à la vulve, que ces organes n'aient pas le temps de se prêter à la distension, qu'ils se rompent, et que la déchirure s'étende au sphincter de l'anus et même jusqu'au rectum ; ou bien encore, si le fœtus passe trop rapidement à travers les organes extérieurs de la génération, il peut tomber sur le sol et éprouver des contusions plus ou moins graves ; il peut arriver aussi que le cordon se rompe, et qu'une hémorrhagie mortelle pour lui survienne ; ou que, l'utérus étant désempli

d'une manière soudaine, et ne revenant point sur lui-même, le placenta encore adhérent se trouve entraîné par l'enfant, se renverse, et compromette ainsi les jours de la mère. Quoi qu'il en soit cependant, on ne doit proscrire aucune de ces positions d'une manière absolue; car, malgré les inconvéniens peut-être un peu exagérés, mais possibles, qu'elles présentent, il peut arriver qu'on soit obligé d'y avoir recours pour favoriser l'accouchement; mais alors on doit prendre toutes les précautions nécessaires pour prévenir les accidens que nous avons signalés.

En Angleterre et aux Etats-Unis, où les Anglais ont transporté leurs mœurs et leurs usages, les femmes en travail accouchent dans leur lit, couchées sur le côté gauche, les jambes et les cuisses fléchies, les genoux écartés par un coussin; là, en général, elles se refusent à ce que l'on constate leur état, et l'homme de l'art n'est pour ainsi dire appelé que pour demeurer simple spectateur d'une œuvre abandonnée à la nature. Cette position n'est pas mauvaise, et elle n'encourt pas les mêmes reproches que les attitudes verticales; elle devient même utile dans le cas d'obliquité latérale droite de l'utérus, où elle contribue à rendre la délivrance plus prompte qu'elle ne le serait si l'on avait recours au décubitus constant sur le dos. Mais il en est d'elle comme de toutes les autres; quand une nécessité absolue ne la commande point, on ne doit pas l'employer exclusivement. D'ailleurs elle a aussi ses inconvéniens: la femme étant couchée sur le côté et tournant le dos à l'accoucheur, surtout lorsque, suivant la coutume anglaise, la lumière du jour a été interceptée avec soin, l'observateur apprécie avec moins de facilité les impressions

qu'elle ressent et qui se peignent sur son visage; il ne peut juger si elle est menacée d'hémorrhagie, de congestion cérébrale ou de tout autre accident.

De toutes les positions, celle qui nous paraît mériter la préférence est celle qui est assez généralement adoptée en France, ou du moins à Paris; elle consiste à faire coucher la femme sur un lit temporaire, étroit, auquel on donne les noms de *lit de misère*, *lit de douleur*, *petit lit*. Ce lit n'est pas toujours disposé de la même manière. Autrefois, on dressait un lit de sangle, le chevet adossé à la muraille, et on le couvrait d'un matelas, sur lequel on en plaçait un second plié en deux vers son tiers supérieur, de manière qu'il laissait le premier à découvert vers l'extrémité opposée au chevet, où l'on fixait transversalement une barre de bois sur laquelle les pieds de la femme trouvaient un point d'appui pendant le cours du travail. Ce lit, présentant un plan fortement incliné, a l'inconvénient de laisser glisser le corps de la femme vers le pied, ce qui a pour résultat de tendre la peau de la partie postérieure du tronc, de tirailler la vulve d'avant en arrière, de lui faire opposer plus de résistance, et d'exposer le périnée à se déchirer; l'attitude demi-verticale qu'il procure a donc une partie des inconvéniens qu'entraînent les positions complétement verticales; en outre, la barre de bois placée en travers à l'extrémité du lit comprime les nerfs plantaires et occasionne des douleurs et des crampes fort incommodes.

La meilleure manière de préparer le petit lit est de prendre un lit de sangle solide et chevillé en fer, car des chevilles en bois pourraient se briser sous le poids et les efforts de la femme, ce qui ne serait pas

sans inconvénient, ou mieux une couchette large de deux ou trois pieds. Quand le lit est convenablement placé, on y étend ordinairement deux matelas, puis on place entre eux un oreiller ou un coussin de balle d'avoine, sur le point qui doit correspondre au siége de la femme; le bassin étant ainsi soulevé, le parallélisme se trouve rétabli entre l'axe du détroit abdominal et celui de l'utérus, en sorte que l'enfant s'engage avec plus de facilité dans l'excavation pelvienne. On recouvre les matelas d'une toile cirée et d'un nombre suffisant d'alèses, pour que les liquides qui doivent s'écouler ne les salissent pas. On garnit aussi le lit de draps, de couvertures suivant la saison, comme si la femme devait y rester pour reposer; seulement on étale sur le drap de dessous une serviette mobile qui puisse être renouvelée au besoin, de manière à maintenir la plus grande propreté possible. Un simple oreiller, placé sous la tête de la femme, sert à la relever et à en déterminer la flexion sur la poitrine.

Ce lit offre plusieurs avantages. Quand l'accouchement doit être long, la femme peut, dans les intervalles des douleurs, s'y livrer à un sommeil réparateur, qui la met dans le cas de mieux supporter les souffrances qu'elle doit encore endurer; elle peut prendre sans peine l'attitude que des circonstances spéciales obligent à lui imposer, et se mettre sur le dos ou sur l'un des côtés; enfin le peu de largeur du lit donne aux assistans la facilité de lui fournir les points d'appui nécessaires, en lui soutenant les mains et les genoux : de la sorte elle se trouve placée aussi commodément qu'elle peut l'être en pareille circonstance.

I. *Marche à suivre dans les cas simples.*

La femme étant couchée sur le petit lit, si le travail est régulier, un des phénomènes qui méritent de fixer l'attention est la rupture de la poche des eaux. Quand cette rupture n'arrive qu'au moment où la dilatation est complète, les choses suivent le cours que nous avons indiqué : un flot de liquide s'écoule avec impétuosité, les douleurs prennent plus d'énergie, et le travail avance. Mais nous avons vu aussi qu'elle avait lieu quelquefois d'une manière prématurée, et que dans certains autres cas elle se faisait attendre.

La rupture prématurée des membranes de l'œuf est, en général, une circonstance désavantageuse. Elle prive l'utérus d'un moyen accessoire de dilatation, rend par conséquent celle-ci moins égale, moins régulière, le fœtus se trouve soumis pendant long-temps à des compressions qui peuvent lui nuire ou lui devenir funestes, et il n'est pas rare chez une femme primipare que, par le seul fait d'une rupture prématurée de la poche des eaux, un fœtus plein de vie au début du travail périsse avant d'arriver au monde.

Dans d'autres cas, les membranes, étant trop épaisses, résistent à tel point qu'on est forcé de les rompre. Mais à quelle époque convient-il d'opérer cette rupture? La règle est de ne le faire que quand la dilatation du col est complète, ou à peu près, c'est-à-dire quand le col a acquis des dimensions suffisantes pour permettre le passage du fœtus. Cette règle comporte cependant quelques exceptions. Baudelocque admettait la nécessité de rompre prématurément les membranes dans certains cas d'hémorrhagie, de convulsions, et aussi dans ceux où le

fœtus, jouissant d'une mobilité extrême, offrait successivement différentes parties de son corps à l'orifice de l'utérus; il voulait qu'on se tînt alors en observation, et qu'on ne déchirât les membranes que quand une partie considérable, le sommet ou les fesses, par exemple, se présentaient, disant qu'en pareil cas le fœtus demeurait fixé dans la position où l'écoulement l'avait surpris. Malgré l'autorité d'un si grand maître, nous croyons qu'il est souvent prudent de s'écarter de ce précepte. Outre que cette extrême mobilité est un phénomène fort rare, nous ne voyons aucun avantage à rompre les membranes pour ce motif, et de plus il a peut-être quelque inconvénient, car il n'est pas toujours facile, avant la rupture de la poche, surtout lorsque la dilatation n'est pas complète, de déterminer quelles sont les parties du fœtus qui se présentent. En effet, avant cette époque, on peut confondre les fesses avec la tête ou avec les épaules; or, si la méprise a été commise, on ne fait qu'ajouter aux difficultés et aux dangers qui peuvent accompagner la terminaison de l'accouchement. Nous pensons donc qu'il vaut beaucoup mieux attendre que la dilatation soit achevée, car alors, si le fœtus se présentait d'une manière défectueuse, on aurait beaucoup plus de facilité pour opérer la version. En conséquence, nous n'admettons que deux circonstances impérieuses dans lesquelles on doive rompre prématurément les membranes, savoir, certains cas d'hémorrhagies et certains cas de convulsions, que nous indiquerons plus tard. Nous savons bien qu'on peut encore le faire, que quelques personnes même en donnent le conseil, dans certains cas de rigidité du col, de distension énorme de

l'utérus, de densité extrême des membranes, qui font que la dilatation ne s'opère qu'avec beaucoup de lenteur, que les contractions utérines cessent ou s'éloignent considérablement; mais ces cas exceptionnels, qui sont loin d'être aussi fréquens que quelques personnes le pensent et le disent, exigent une grande attention et beaucoup de connaissances pratiques; aussi, sans rejeter ce conseil d'une manière absolue, nous dirons aux jeunes praticiens que, même dans ces cas, il y a toujours moins d'inconvéniens à retarder l'ouverture de la poche des eaux qu'à la faire prématurément.

Quant à la manière d'effectuer cette rupture, c'est une chose si simple, que nous pourrions la passer sous silence. Toutefois, elle n'a pas semblé telle à quelques auteurs, puisqu'ils ont imaginé des instrumens particuliers pour la pratiquer, notamment une espèce de dé, muni d'un éperon, dont l'accoucheur arme son doigt, et qui lui sert à fendre les membranes. D'autres veulent qu'on se serve d'une aiguille à tricoter, de la pointe des ciseaux, d'une allumette, ou du premier instrument venu; certaines matrones emploient un cristal d'hydrochlorate de soude. La plupart de ces moyens sont inutiles. Presque toujours il suffit d'attendre une douleur, et lorsqu'elle est dans toute sa force, en appliquant avec force l'extrémité du doigt indicateur sur les membranes tendues, on en détermine la rupture; si elles étaient flasques et pendantes, on pourrait les saisir avec l'indicateur et le pouce, les tordre et les déchirer; si une première tentative était infructueuse, on devrait la répéter dans les douleurs suivantes; enfin, si les membranes étaient assez denses, assez épaisses pour résister à ces divers essais, on devrait les affaiblir en les grattant avec l'on-

gle, de manière à les érailler, les user, les rompre l'une après l'autre. Ces moyens simples nous ont toujours suffi; mais en admettant pour un instant qu'il se rencontrât une circonstance où ils seraient inefficaces, nous donnerions le conseil de les rompre avec une plume taillée en cure-dent, plutôt que de recourir à l'emploi d'instrumens d'acier aigus ou tranchans. Il est une circonstance à laquelle on doit apporter une grande attention, surtout quand on débute dans la carrière des accouchemens; c'est qu'il existe quelquefois peu ou point de liquide dans la poche, qui se trouve collée sur la partie du fœtus qui se présente; si alors on se servait d'un instrument tranchant ou piquant, au lieu de la gratter et la râcler avec l'ongle, on s'exposerait à blesser le fœtus, comme cela est arrivé plus d'une fois.

Le plus ordinairement, lorsque le travail est régulier et que rien ne vient en entraver la marche, on n'a rien à faire, si ce n'est d'observer, et de se tenir en garde contre toutes les éventualités. Cependant, certaines personnes peu instruites pensent aider à la délivrance, en introduisant un ou deux doigts dans les parties externes de la génération, même jusque dans le col de l'utérus, pour en agrandir l'orifice et pour préparer les parties, comme elles disent. Ces manœuvres sont en général plus nuisibles qu'utiles, elles enlèvent les mucosités qui sont destinées à favoriser le glissement du fœtus; elles peuvent même irriter les organes au point de les mettre dans un état voisin de l'inflammation, ce qui retarde le travail, au lieu de l'accélérer. Quelquefois cependant il est convenable d'y recourir chez les femmes avancées en âge qui

sont à leur premier accouchement, lorsque les organes opposent beaucoup de résistance, ou que les contractions utérines ont peu d'énergie. En pareil cas, il peut y avoir avantage à introduire un ou deux doigts dans le vagin, afin d'exercer sur l'intestin rectum, au moment même de la douleur, une pression qui, accroissant le sentiment de ténesme qu'éprouve la femme dans les derniers momens du travail, la sollicite à mettre en jeu les muscles soumis à l'empire de la volonté, et qui stimule sympathiquement l'action de l'utérus. Mais ce ne sont là que des circonstances exceptionnelles, et la plupart du temps il faut laisser agir la nature. Quant aux préparations qu'il nous paraît convenable d'employer, dans quelques circonstances spéciales, comme la sécheresse, la rigidité, le gonflement, la trop grande sensibilité des organes, elles consistent dans l'emploi des corps gras et adoucissans, tels que le beurre frais, l'axonge, les mucilages, les bains locaux, etc.

Quelques femmes croient diminuer leurs douleurs en poussant des cris perçans; ces cris immodérés étourdissent et agacent les assistans; ils causent, par le rapide passage de l'air à travers les voies aériennes, un desséchement d'où peut résulter une forte irritation. Aussi la plupart des femmes qui ont beaucoup crié pendant le travail ne peuvent-elles plus parler le lendemain; elles avalent avec peine, et quelquefois sont prises d'une inflammation de la gorge. Mais ces cris ont un inconvénient plus grave, celui d'annihiler l'action des puissances musculaires qui viennent en aide aux contractions utérines. Nous ne prétendons pas qu'il soit possible à toutes les femmes de retenir toute

expression de souffrances; dans leur propre intérêt, elles doivent les modérer, et c'est à l'accoucheur qu'il appartient de leur en faire sentir la nécessité.

Il arrive souvent que le désir fort naturel d'être promptement délivrées engage les femmes à faire des efforts considérables, c'est-à-dire à *pousser* leurs douleurs, pour employer le terme vulgaire. Ces efforts volontaires ne doivent être employés et conseillés qu'au moment où la dilatation est complète, ou au moins fort avancée; autrement leur unique résultat serait d'épuiser les forces de la femme, et pourrait causer un abaissement de l'utérus ou d'autres accidens plus graves. Il est bon que la femme fasse valoir ses douleurs au moment où la tête du fœtus, après avoir franchi le col de l'utérus, est plongée dans l'excavation du bassin, et, en général, elle est avertie elle-même de l'instant opportun par un sentiment de pesanteur sur le siége, par un besoin impérieux de pousser vers le bas, comme pour aller à la selle, besoin qui prend sa source dans la pression exercée par une partie du produit de la conception sur l'intestin rectum. Mais quand la tête a franchi le détroit périnéal, qu'elle n'est plus retenue que par la résistance des parties molles qui composent le périnée et la vulve, il importe que la femme modère ses efforts, surtout s'il s'agit d'un premier accouchement, afin de laisser à la nature le temps de distendre successivement ces organes, qui, sans cela, pourraient se déchirer plutôt que de céder. Ce n'est même point assez de cette précaution pour prévenir l'accident; il faut encore soutenir le périnée, et voici la manière de s'y prendre. Au moment de la douleur, on fait soulever le siége de la femme, afin que la peau de la partie postérieure du

tronc puisse se prêter à l'ampliation de la vulve; puis, selon qu'on se trouve placé à droite et à gauche du lit, on applique la main droite ou la main gauche à plat sur le périnée, de telle sorte que le bord cubital soit dirigé vers l'extrémité du coccyx et le bord radial vers la vulve; on soutient ainsi, pendant une ou deux contractions, le plan musculo-membraneux qui forme le plancher du bassin. Quand il s'est laissé distendre, si le fœtus présente l'occiput en avant, comme il le fait dans la majeure partie des cas, on presse avec le bord cubital, en abaissant le bord radial, ce qui force la tête, à mesure qu'elle se dégage, à cheminer d'arrière en avant, et on prévient autant que possible les déchirures. Quelques personnes ont cru qu'il était convenable de placer l'extrémité des doigts vers le coccyx, tandis que le poignet s'appliquerait sur la partie antérieure de la vulve. Un tel procédé nous semble peu rationnel; car il tend à refouler la tête du fœtus d'avant en arrière et à empêcher sa sortie. D'autres personnes préfèrent placer les mains sous les tubérosités ischiatiques, et exercer une traction d'arrière en avant sur les tégumens de la partie postérieure du tronc, afin de les ramener vers la vulve.

Quelquefois, malgré toutes les précautions que nous venons d'indiquer, le périnée se rompt dans une étendue plus ou moins considérable. Quand il n'y a qu'une déchirure légère à la fourchette, l'accident n'a aucune gravité; mais il en acquiert lorsque celle-ci s'étend jusqu'au sphincter de l'anus, et surtout lorsqu'elle intéresse ce muscle et même le rectum. Si ces dernières parties sont demeurées intactes, la plaie ne tarde cependant pas à guérir; mais comme les bords se cicatri-

sent séparément, il en résulte toujours un agrandissement de la vulve.

II. *Marche à suivre lorsqu'il survient des anomalies pendant le travail.*

Jusqu'à présent il n'a été question que des cas les plus simples; nous avons maintenant à examiner quelques unes des anomalies qui peuvent survenir pendant le travail.

Il arrive parfois que les contractions utérines, après avoir marché avec régularité, se suspendent tout-à-coup; d'autres fois les douleurs se succèdent avec tant de promptitude et d'énergie, qu'il devient nécessaire d'en modérer les effets.

A. Ralentissement ou suspension des contractions utérines.

Dans le cas de ralentissement ou de suspension des douleurs, ce qu'il y a de mieux à faire, c'est d'attendre patiemment, si la femme se porte bien d'ailleurs, et si rien n'annonce qu'il y ait des raisons de craindre un accident. Il importe seulement alors de rechercher à quelles causes la cessation des contractions utérines est due, car ces causes ne sont pas toujours les mêmes, et souvent des circonstances opposées amènent des effets analogues. Ainsi les douleurs se suspendent quelquefois, parce que la femme est débile, soit du fait même de sa constitution, soit en raison d'une maladie antérieure, ou des privations auxquelles elle a été soumise durant sa grossesse, ou parce que les contractions, ayant été trop rapides, ont épuisé les forces de la femme, ou enfin parce qu'il y a plé-

thore, soit générale, soit locale. La conduite à tenir ne saurait être la même dans tous ces cas.

Si la femme est naturellement délicate, on doit la laisser couchée sur son lit, et l'engager à sommeiller. Si elle a été débilitée par un mauvais régime, il faut profiter de ce moment de repos pour lui faire prendre quelques alimens, du bouillon, des consommés, des gelées de viande, en un mot des substances qui, sous un petit volume, contiennent beaucoup de principes alimentaires, et qui n'exigent pas de grands efforts de la part des organes digestifs. En général, il faut éviter l'usage des alimens solides, parce que, les fonctions de l'estomac étant troublées pendant l'accouchement, la femme éprouverait des régurgitations aussitôt que les douleurs se réveilleraient. Si le bouillon et les potages gras inspirent de la répugnance, ce qui n'est pas rare, on y supplée par des boissons légèrement toniques; on donne par cuillerées, ou à la dose de quelques décagrammes, un vin généreux dans lequel le principe alcoolique soit masqué par la présence du principe sucré, tels que les vins de Malaga, d'Alicante, du Roussillon, de Grenache, etc. Dans la classe du peuple, on avait autrefois la mauvaise habitude, quand le travail traînait en longueur, ou seulement pour en accélérer la marche, de gorger les femmes de vin chaud, aux qualités stimulantes duquel on ajoutait encore celles de la cannelle, du girofle, etc. Cet usage avait le grave inconvénient, surtout chez les personnes robustes, de déterminer une surexcitation qui les disposait aux inflammations. Quelquefois même on recourait à l'usage de l'eau-de-vie, en sorte que la femme se trouvait bientôt dans un état d'ivresse qui,

en activant la circulation chez elle, la prédisposait à des congestions cérébrales, et l'exposait à toutes les fâcheuses conséquences qui pouvaient en résulter. Aujourd'hui on reconnaît à peu près généralement que l'usage du vin chaud, des liqueurs alcooliques, est dangereux en pareille circonstance, et l'on met plus de réserve dans leur emploi.

De légères frictions sur l'hypogastre sollicitent parfois les contractions utérines; ce moyen, fort innocent, peut être employé sans le moindre inconvénient.

Quelques personnes ont pensé qu'il convenait mieux d'agir d'une manière directe sur l'utérus, et elles ont conseillé de titiller cet organe au moyen d'un ou deux doigts introduits dans l'orifice du col, en même temps que l'on frictionnait le bas-ventre. Cette méthode n'aurait pas de graves inconvéniens chez une femme lymphatique, faible, qui aurait déjà eu des enfans; mais il n'en serait pas de même chez une femme primipare, surtout si elle était d'une constitution pléthorique, disposée à l'état inflammatoire; ces titillations ne pourraient que provoquer cet état en surexcitant l'organe.

D'autres ont cru qu'il valait mieux, pour réveiller l'action de l'utérus, agir sympathiquement sur lui, c'est-à-dire en stimulant d'autres organes placés dans son voisinage; on a préconisé à cet effet l'introduction de substances irritantes, émétiques ou purgatives, dans le canal intestinal.

Nous avons dit que l'administration d'un lavement à l'eau simple était utile au début du travail pour évacuer les matières endurcies qui séjournent quelquefois dans la partie inférieure du canal intestinal, et pour rendre ainsi les voies plus libres. Quant aux lavemens purgatifs,

irritans ou salins, composés avec l'eau et le vinaigre, le séné, l'huile de ricin, l'hydro-chlorate, le sulfate de soude ou de potasse, etc., nous croyons qu'on a beaucoup exagéré leurs propriétés. Dans les cas ordinaires, ils sont inutiles, et lorsque nous y avons eu recours chez des femmes qui s'épuisaient en vains efforts, nous les avons toujours trouvés inefficaces. De plus, ils sont sujets à provoquer des coliques et à ajouter ainsi une incommodité aux souffrances déjà existantes. Nous y avons donc entièrement renoncé.

En ce qui concerne les purgatifs proprement dits, il est possible qu'avec leur secours on parvienne à ranimer les contractions utérines; mais ils ne nous paraissent pas sans inconvéniens. A une certaine époque, chaque accoucheur avait sa panacée. Mauriceau préconisait l'administration d'une décoction de séné à laquelle il ajoutait le jus d'une orange aigre ou d'un citron; d'autres donnaient la préférence à des préparations plus ou moins analogues. Si l'on fait attention que les purgatifs n'agissent pas sur-le-champ, qu'il faut d'ailleurs un certain laps de temps pour se les procurer, les préparer, les administrer, on verra que la nature en exige souvent moins pour sortir de l'état d'engourdissement où elle est plongée, et on sera forcé de convenir qu'ils doivent être bien peu utiles. On n'est pas certain, en outre, qu'ils aient constamment le pouvoir d'exciter les contractions utérines. Enfin ils déterminent toujours des coliques, et exposent à des irritations intestinales, auxquelles les femmes ne sont déjà que trop disposées en pareilles circonstances.

Quelques auteurs ayant observé que le travail marche ordinairement avec plus de rapidité quand des

vomissemens surviennent, en ont conclu que ces derniers étaient la cause de l'action de l'utérus. Lebas, qui a émis cette opinion, recommandait d'administrer l'émétique, l'ipécacuanha, comme moyen de réveiller le travail suspendu ou languissant. Si l'on observe avec soin la succession des phénomènes qui se manifestent pendant l'accouchement, on ne tarde pas à être convaincu que Lebas a pris l'effet pour la cause. Les vomissemens qui surviennent quelquefois dans les derniers temps du travail ne sont que la conséquence des contractions; car on ne les observe que quand celles-ci ont beaucoup d'énergie et de durée. Les femmes mettent alors en jeu les muscles soumis à la volonté; l'abdomen se trouve rétréci en tous sens, les intestins, les différens viscères, de même que l'estomac, sont soumis à une compression plus ou moins vive, et les vomissemens arrivent comme on en voit survenir, sous l'influence de la même cause, chez un animal à l'estomac duquel on substitue une vessie, ainsi qu'il résulte des expériences de M. Magendie. Mais, en laissant les explications de côté, nous ne voyons pas quel avantage il y aurait à provoquer le vomissement, nous craindrions au contraire qu'il y eût de l'inconvénient, car si on le provoquait avant que l'utérus fût contracté, il pourrait arriver que cet organe, pressé entre la paroi antérieure de l'abdomen et la colonne vertébrale, n'offrît pas sur les côtés assez de résistance au moment de l'action convulsive des muscles abdominaux, se déchirât et laissât passer dans le bas-ventre une partie ou la totalité du produit de la conception.

Les mêmes remarques sont applicables aux sternutatoires, dont l'usage, vanté dès la plus haute anti-

quité, et même de nos jours, est complétement abandonné.

Parmi les moyens dont on a le plus préconisé l'action spéciale sur l'utérus, le premier rang appartient au seigle ergoté. Quoique les propriétés obstétricales de cette substance eussent été signalées vers la fin du dix-septième siècle par Camerarius, et plus explicitement encore, une centaine d'années après, par Desgranges de Lyon, elle n'avait pu cependant prendre place dans le domaine de la thérapeutique, lorsqu'à l'époque du rétablissement de nos communications avec l'Angleterre et l'Amérique, la connaissance des effets qu'on lui attribuait dans ces contrées appela de nouveau l'attention sur elle. Depuis lors elle a compté beaucoup de partisans et beaucoup de détracteurs; les uns lui ont refusé toute action sur l'utérus, et les autres lui en ont attribué, au contraire, une très puissante et presque infaillible. Il est probable que les premiers s'étaient servis de seigle ergoté altéré; car cette substance, dont on connaît depuis si long-temps les effets toxiques sur l'économie animale chez les personnes qui font usage du pain dans lequel elle entre en certaine proportion, exerce évidemment une action incontestable et très puissante sur l'utérus quand on l'administre à doses convenables et dans un état de parfaite conservation, c'est-à-dire après avoir eu soin de la tenir soustraite au contact de l'air et de la lumière, et de ne la réduire en poudre qu'au moment de la donner. Nous pensons, en conséquence, qu'elle est loin d'être inactive, mais que son action n'est ni aussi constante, ni aussi efficace que quelques personnes le pensent; nous ajouterons, de plus, que dans certaines conditions données elle peut

être nuisible, ce qui fait qu'elle ne peut convenir dans tous les cas; aussi y avons-nous recours très rarement. Nous avons remarqué que les contractions utérines qu'elle détermine ont un caractère spécial, en quelque sorte pathologique; qu'au lieu d'être intermittentes, comme les contractions normales, elles sont continues, avec des moyens d'exacerbation; or, si les contractions sont permanentes, elles doivent entraver, suspendre même la circulation utéro-placentaire, et pour peu que cet état se prolonge, la mort du fœtus doit en être la conséquence toute naturelle. Nous pensons donc que la mort du fœtus en pareille circonstance ne doit pas être attribuée à un effet toxique du seigle ergoté, mais à un effet purement mécanique, produit par la contraction fibrillaire et continue de l'utérus. Au reste, quelle que soit la cause de la mort, la conclusion que nous devons tirer de ce fait est qu'on n'en doit user qu'avec réserve. Le seigle ergoté peut avoir des avantages chez les femmes qui n'en sont point à leur premier enfant, lorsque la dilatation étant faite ou sur le point de s'achever, ou quand il ne faut plus que quelques efforts pour voir l'accouchement se terminer, les contractions cessent. Mais si on l'administre à une primipare, jeune, vigoureuse, épuisée par un travail qui dure depuis long-temps, on s'expose à déterminer des contractions continues qui feront périr l'enfant, comme nous l'avons observé et signalé plusieurs fois. Nous l'avons vu dans un cas provoquer des contractions vives, permanentes, en quelque sorte convulsives, et cependant impuissantes pour faire avancer la tête; il fallut ensuite extraire avec le forceps un enfant mort, mais qui, au moment de l'administration du

médicament, était encore plein de vie. Mais de ce que le seigle ergoté peut avoir des inconvéniens, ce n'est pas un motif pour le proscrire; il faut seulement en user avec discernement et dans les cas opportuns. Nous voyons avec peine que depuis quelque temps beaucoup d'accoucheurs l'emploient dans des cas où l'on devrait s'en passer, et dans d'autres où il est formellement contre-indiqué, comme dans les présentations de l'épaule, ainsi que nous l'avons vu faire tout récemment encore. Nous verrons plus loin que nous serions également fondé à adresser le même reproche à l'usage abusif que quelques personnes font du forceps. Quant au mode d'administration du seigle ergoté, le mieux est de le faire prendre en poudre, dans de l'eau sucrée ou du bouillon, depuis la dose de soixante centigrammes jusqu'à celle de quatre grammes. Ordinairement les effets se manifestent au bout de dix minutes ou d'un quart d'heure; mais nous devons faire observer que quand la femme a été épuisée par une hémorrhagie, nous avons quelquefois porté en vain la dose de ce médicament jusqu'à huit grammes dans l'espace d'une heure.

B. Excès d'énergie ou irrégularité des contractions utérines.

Il peut arriver que le travail de l'enfantement, au lieu de se ralentir, marche avec trop de rapidité, que les contractions utérines soient si fortes, que l'excès de leur énergie expose la femme à des accidens. On conseille alors de modérer l'action de l'utérus. Ce conseil est bon, sans doute, mais il n'est pas toujours facile de le mettre à exécution; cependant on y parvient

quelquefois : pour cela on a eu successivement recours à la saignée, aux bains, aux préparations narcotiques.

La saignée nous paraît plutôt propre à accroître l'énergie des contractions utérines qu'à la modérer. Les cas dans lesquels on peut l'employer avec avantage sont assez restreints. Elle convient, par exemple, chez les femmes vigoureuses et pléthoriques, lors même qu'il y a œdème ou anasarque des membres abdominaux, parce qu'elle diminue la masse de sang, et redonne de la mobilité à leurs muscles. De même, quand l'utérus est le siége d'une congestion sanguine qui nuit au libre exercice des contractions, une saignée faite à propos diminue la congestion et redonne de l'énergie au viscère. On peut également y avoir recours avec avantage lorsque le col utérin est épais, dur, et qu'il oppose trop de résistance. Mais quelque efficace que soit ce moyen, il faut en être sobre, et ne pas s'en servir à moins d'indications précises. On s'en abstient chez les femmes molles, lymphatiques, affectées d'infiltration passive, et chez celles qui sont épuisées par la misère, le chagrin, les maladies, ou quand le travail traîne en longueur par défaut de force.

C'est la saignée générale que l'on met presque toujours en usage, les émissions sanguines locales sont rarement employées. De graves discussions se sont élevées pour savoir s'il fallait saigner du bras, de la jugulaire externe ou du pied. Nous nous occuperons de cette question lorsque nous parlerons des convulsions.

Les bains sont des moyens relâchans qu'il ne faut pas négliger, et dont on retire quelquefois de grands avantages. Mais, comme tout moyen thérapeutique, ils ont des inconvéniens à côté de leurs avantages. Na-

guère encore ils étaient un objet de mode plutôt que d'utilité; on pensait qu'une femme ne pouvait accoucher sans avoir été mise au bain, comme autrefois on croyait l'accouchement impossible à moins qu'elle n'eût été saignée. Le temps a fait justice de ces préjugés; on a cessé de se montrer exclusif, et l'on a senti la nécessité de distinguer les cas qui réclament l'emploi de ces moyens, de ceux qui le contre-indiquent. On administre les bains de plusieurs manières, soit généraux, soit locaux. Dans certains cas, on se contente de simples lotions, ou même de fumigations sur les parties extérieures de la génération.

Les bains généraux conviennent surtout chez les femmes d'une complexion nerveuse, irritable, au début du travail, c'est-à-dire quand la dilatation est peu avancée, que le col est mince, tendu, résistant comme une feuille de parchemin. En plaçant alors la femme dans le bain pendant une, deux ou trois heures, on obtient quelquefois d'excellens effets. Si la personne est forte, il est souvent utile de pratiquer au préalable une saignée, pour ne pas refouler le sang vers la poitrine ou la tête, ce qui exposerait à des congestions pulmonaires ou cérébrales. Dans tous les cas, la température de l'eau ne doit guère dépasser 30 à 32 degrés du thermomètre centigrade. Sans doute on ne peut rien fixer d'absolu sous ce rapport, car la sensibilité individuelle, qui varie tant, doit servir de guide; il faut que l'eau n'affecte point la peau d'une manière désagréable, et la seule règle qu'il soit permis d'établir, c'est qu'une température basse mérite, en général, la préférence.

A l'égard des bains partiels, comme ceux de siége,

ils offrent peu d'avantage pendant le travail; la femme s'y trouve placée dans une attitude incommode; elle est exposée, surtout dans la mauvaise saison, à des refroidissemens qu'on n'évite pas toujours, quelques précautions qu'on prenne, et la difficulté que l'on éprouve à pratiquer le toucher fait qu'on ne peut suivre convenablement les progrès du travail.

Quelques matrones, des garde-malades ignorantes, croient bien faire en exposant les organes de la génération à la vapeur de l'eau bouillante, souvent sans savoir si la femme qu'elles traitent ainsi est en travail ou non. Cette pratique est essentiellement mauvaise; d'abord, l'eau trop chaude, au lieu de relâcher les parties, les irrite, et détermine un effet inverse de celui qu'on veut obtenir. En second lieu, il arrive souvent que la chaleur du liquide fait fendre le vase qui le reçoit, et qui se brise lorsque la femme se place dessus. Nous avons vu dans deux circonstances semblables les fragmens du vase et la chaleur de l'eau occasionner des accidens assez sérieux pour retenir long-temps les femmes dans leur lit. Ces fumigations, pour être avantageuses, ne doivent avoir qu'une température douce, celle de 30 à 32 degrés centigrade; et comme elles n'agissent que sur les organes extérieurs de la génération, elles n'ont d'utilité réelle qu'autant que la tête du fœtus est plongée dans l'excavation pelvienne, la dilatation du col étant complète; alors elles servent à faire cesser l'éréthisme causé par la longueur du travail, ou déterminé par le toucher trop fréquemment répété. Mais, dès que la tête a franchi le détroit périnéal, on doit y renoncer, et remettre la femme dans une position horizontale, sans quoi les parties n'auraient pas le temps de se lais-

ser distendre, et, poussées avec trop de violence, elles pourraient se déchirer.

Les bains ont encore un avantage, fort accessoire à la vérité, mais qui n'est cependant pas sans quelque importance; celui de gagner du temps, de tranquilliser l'imagination de la femme, de calmer l'impatience des assistans; ils permettent à l'accoucheur d'éloigner les conseils importuns, d'agir quand bon lui semble, et d'attendre avec patience l'événement. En prescrivant un bain, on laisse à la nature le temps de compléter ses dispositions, et très souvent de tout terminer avant que ce bain soit prêt. Ce petit subterfuge n'a rien de répréhensible, puisqu'il n'est dicté que par une intention louable.

Les narcotiques ont été vantés par beaucoup de praticiens; les uns s'en servaient à l'extérieur, et les autres les administraient intérieurement.

Nous pensons que ces médicamens et leurs diverses préparations ne doivent jamais être employés qu'à l'extérieur pendant la durée du travail; on peut y recourir dans les cas de rigidité vitale du col, lorsque les bains ont échoué, que la femme est nerveuse, irritable, disposée aux spasmes. Chaussier prescrivait en pareil cas une pommade composée de 32 grammes d'axonge ou de cérat, et de 4 grammes d'extrait de belladone. On peut se contenter de prendre au bout du doigt 2 à 3 centigrammes de cet extrait, ou de l'extrait aqueux d'opium, et de l'étaler à la surface du col utérin. Il nous arrive quelquefois aussi de former avec du beurre frais une espèce de capsule, dans laquelle nous versons quelques gouttes de laudanum de Rousseau, après quoi nous la fermons en collant ensemble les bords supérieurs; nous

la laissons se raffermir dans l'eau froide, et, quand elle a acquis la consistance convenable, nous l'introduisons dans le vagin pour en oindre le col.

Les narcotiques à l'extérieur ont été conseillés aussi pour combattre les crampes; ils ne peuvent absolument rien contre ces sensations douloureuses, qui sont dues à la compression des troncs nerveux par la tête du fœtus; de simples frictions sèches sur les muscles contractés spasmodiquement suffisent, et aussitôt que les contractions utérines cessent, les crampes disparaissent avec la cause qui les produisait.

Administrées à l'intérieur, les préparations d'opium ne sont pas seulement inutiles, elles peuvent encore entraîner des dangers. Ce médicament, comme on le sait, ne produit pas sur-le-champ son effet sédatif; il accélère d'abord la circulation, et même, à certaines doses, provoque une sorte d'ivresse. L'usage de cette substance peut donc nuire chez les femmes prédisposées aux congestions cérébrales et pulmonaires. En outre, il est possible que l'effet sédatif qui en résulte amène sur certains sujets un état général de stupeur, qui empêche l'utérus de se contracter, et entrave ainsi la marche du travail.

SECTION II.

DES ACCOUCHEMENS ARTIFICIELS.

Sous le nom d'*accouchemens artificiels*, nous désignons tous ceux qui exigent l'intervention de l'art, soit qu'un accident vienne compliquer le travail et compromettre le vie de la mère ou celle du fœtus, soit qu'un obstacle quelconque s'oppose à la progression de ce dernier.

Les causes qui peuvent rendre les accouchemens artificiels sont nombreuses et variées. Parmi ces causes, les unes se produisent en quelque sorte inopinément; elles surviennent quelquefois lorsque tout pouvait faire croire à une terminaison facile, heureuse, en un mot naturelle, de l'accouchement. Les autres, au contraire, inhérentes à la position du fœtus, à sa constitution, à la disposition organique de la mère, existent long-temps avant le travail de l'enfantement; quelques unes peuvent être signalées, reconnues, appréciées à l'avance, ce qui leur donne un caractère de fixité, de permanence, qui les distingue des précédentes; d'où il résulte que, sous le rapport des causes, les accouchemens artificiels ne le sont pas tous au même degré, c'est-à-dire que quelques uns ne sont artificiels qu'accidentellement, tandis que les autres au contraire le sont essentiellement. Les premiers s'observent avec une bonne conformation de la mère et du fœtus, les seconds se rencontrent quelquefois avec les mêmes conditions, comme dans les présentations vicieuses du fœtus; mais

le plus ordinairement ils accompagnent une mauvaise conformation de l'une ou de l'autre, dont ils sont la conséquence obligée.

Les signes au moyen desquels on peut diagnostiquer les accouchemens artificiels, et les indications qu'ils présentent étant variables comme les espèces auxquelles ils s'appliquent, seront exposés au fur et à mesure que nous parlerons de chacune d'elles.

PREMIÈRE DIVISION.

DES ACCOUCHEMENS ACCIDENTELLEMENT ARTIFICIELS, LA MÈRE ET LE FOETUS ÉTANT BIEN CONFORMÉS.

Les causes assez nombreuses qui, malgré la bonne conformation de la mère et de son fruit, peuvent accidentellement exiger l'intervention de l'art dans la terminaison de l'accouchement, sont relatives, les unes à la femme et les autres au fœtus. Les premières peuvent se manifester et être reconnues à toutes les époques du travail; les autres ne surviennent ordinairement et ne peuvent être appréciées qu'à une époque déjà avancée de ce même travail. Nous allons commencer par exposer les causes qui sont relatives à la mère, puis nous ferons connaître les indications que chacune d'elles présente, et les règles de conduite qu'elles exigent; nous examinerons ensuite, et de la même manière, les causes qui se rapportent au fœtus.

CHAPITRE PREMIER.

CAUSES DU CÔTÉ DE LA MÈRE QUI PEUVENT RENDRE L'ACCOUCHEMENT ACCIDENTELLEMENT ARTIFICIEL.

Parmi les causes fortuites qui, du côté de la mère, nous obligent quelquefois à intervenir, nous rangerons les obliquités de l'utérus, l'épuisement de la femme, la cessation des contractions utérines, les hémorrhagies de toute espèce, quel qu'en soit le siége, mais surtout les hémorrhagies utérines, les convulsions, les syncopes; diverses altérations organiques, comme les anévrismes cachés ou apparens de l'aorte et des gros vaisseaux, les hernies irréductibles, étranglées, ou seulement menacées d'étranglement; en un mot, tout accident capable de compromettre les jours de la femme.

ARTICLE PREMIER.

OBLIQUITÉ DE L'UTÉRUS.

L'utérus, lâchement soutenu par des ligamens extensibles, entouré d'organes dont le volume varie à chaque instant du jour, flotte en quelque sorte au milieu de l'excavation pelvienne. De cette disposition anatomique, il résulte que cet organe conserve bien rarement une position parfaitement verticale, et qu'il est singulièrement disposé à s'incliner dans différens sens. Nous avons déjà étudié, sous le nom de déplacemens, les divers changemens de position qu'il éprouve en bas, en avant, en arrière et intérieurement; il nous reste à examiner les inclinaisons latérales, que l'on désigne sous le nom d'*obliquités de l'utérus*.

Ces déplacemens sont rares dans l'état de vacuité,

ou du moins, s'ils se rencontrent, ils causent si peu de trouble dans la santé, les signes qui les caractérisent sont si peu prononcés, que souvent ils existent inaperçus. Mais il n'en est pas de même quand l'utérus, distendu par le produit de la conception, a franchi le détroit abdominal, qu'il s'est porté de la cavité pelvienne dans celle de l'abdomen; la forme arrondie qu'il offre, la saillie de la colonne lombaire, la disposition des organes voisins, ne lui permettent pas de se maintenir dans une position verticale; il est forcé de s'incliner dans un sens ou dans un autre, et de se placer dans une position plus ou moins inclinée par rapport à l'entrée du bassin.

Depuis Mauriceau et Amand, qui les premiers ont signalé l'obliquité de l'utérus, depuis surtout Deventer, qui a ramené l'attention sur elle, la plupart des auteurs en ont admis plusieurs espèces; ils en comptent quatre principales, une antérieure, une postérieure, et deux latérales, droite et gauche. Il en est des obliquités comme des diamètres qui ont été assignés aux détroits du bassin; on peut en supposer autant qu'il y a de points à la circonférence du cercle pelvien, et c'est à peu près ce qu'avait fait Levret, qui en admettait d'intermédiaires aux quatre dont nous venons de parler. Mais cette distinction a été négligée avec raison; et même, parmi les quatre principales, nous croyons devoir supprimer la postérieure, car elle n'est concevable qu'autant que la portion lombaire de la colonne vertébrale offrirait en avant une concavité au lieu de sa convexité habituelle, et l'on sait que les déviations des os ont généralement pour effet, non d'intervertir leurs courbures naturelles, mais seulement

de les exagérer. Nous ne connaissons que deux exemples de concavité antérieure de la colonne lombaire, celui de la femme, de l'observation de M. Bell, dont nous avons parlé page 79 du premier volume, et un autre dont la pièce existe dans les cabinets de la Faculté. Ces vices de conformation étaient le résultat de l'usure du corps des vertèbres lombaires par la carie ou par des tubercules.

Quant aux obliquités antérieure ou latérale, droite et gauche, elles reconnaissent des causes générales et des causes spéciales.

Les causes générales sont la forme arrondie de l'utérus, la mobilité extrême des organes sur lesquels ce viscère repose, les changemens de volume que peuvent subir les parties voisines. Levret rangeait en première ligne, parmi ces causes, l'insertion du placenta, qui, suivant lui, entraînait toujours le viscère vers le côté de son attache. On conçoit que, si la masse placentaire se trouvait tout-à-coup surajoutée à un point quelconque du pourtour de l'utérus, elle devrait, dans la station verticale de la femme, entraîner le viscère vers le côté auquel elle correspondrait. Mais, ici comme dans bien d'autres cas, il y a désaccord entre la théorie et les faits. Tous les jours, en effet, on voit des obliquités antérieures ou latérales de l'utérus coïncider avec une insertion du placenta sur un point diamétralement opposé de l'organe; si l'opinion de Levret était fondée, l'obliquité devrait avoir lieu précisément en sens inverse. D'autres ont accusé un vice primordial de conformation, ce qui n'est au fond que reculer la difficulté, puisqu'il faudrait alors admettre ce vice de conformation chez toutes les femmes.

Parmi les causes spéciales des obliquités de l'utérus, il faut ranger, pour l'antérieure, l'inclinaison naturelle du bassin en avant, qui fait que, quand la femme est debout, les pubis sont situés plus bas que l'angle sacro-vertébral. A cette inclinaison en avant, ajoutez que la paroi antérieure du bassin n'est osseuse que dans une petite partie de son étendue, d'où il suit qu'aussitôt que le fond de l'utérus commence à s'élever, comme il ne rencontre dans la cavité abdominale que des parties molles, plus ou moins extensibles et par conséquent peu susceptibles de lui opposer de la résistance, il est naturellement porté à s'incliner en avant : aussi, plus une femme a eu d'enfans, plus les parois abdominales sont lâches et plus l'obliquité antérieure de l'utérus est prononcée chez elle.

Quant aux obliquités latérales, certains auteurs les ont attribuées à l'étendue insuffisante des ligamens de l'utérus. Chaussier, entre autres, avait cru remarquer que le ligament large du côté droit était plus court que celui du côté gauche; que le ligament rond, du même côté, était aussi plus gros et plus court, et il avait attribué la plus grande fréquence de l'obliquité latérale droite à l'inégalité de force et de longueur de ces ligamens. Nous pensons qu'ici l'effet a été pris pour la cause. En montant au devant de la colonne vertébrale, l'utérus présente la forme d'un corps arrondi, dont la face postérieure est en contact avec la portion lombaire; mais ce contact n'ayant lieu que par un petit nombre des points, ne peut durer long-temps; au moindre mouvement que fait la femme, l'utérus doit glisser sur la colonne et se loger dans l'une des deux gouttières latérales. Il n'en faut pas davantage pour expliquer ces

obliquités. Quant à la plus grande fréquence de la déviation à droite qu'à gauche, elle s'explique par les causes générales. Nous avons dit que, parmi ces dernières, il fallait compter les changemens de volume auxquels sont sujets les organes voisins de l'utérus. Or, le cours des matières stercorales endurcies dans les gros intestins, leur séjour dans les diverses parties du colon, et surtout dans l'S iliaque et le rectum, suffit pour rendre raison des obliquités latérales droites, et l'on ne conserve aucun doute à cet égard lorsqu'on se rappelle que la constipation est habituelle pendant la grossesse. Nous croyons cette explication plus rationnelle que celle qui se fonde sur le mode accoutumé du décubitus de la mère, hypothèse qui ne saurait rendre raison de la plus grande fréquence de la déviation à droite. Cependant, il faut ajouter que certaines causes spéciales doivent déterminer l'obliquité de l'utérus dans un sens plutôt que dans l'autre; telles sont les tumeurs situées sur l'un des côtés du ventre ou dans l'intérieur du bassin. Nous avons observé un cas dans lequel l'obliquité gauche dépendait de la présence d'une tumeur enkystée qui s'était développée à l'ovaire droit, et qui se trouvait logée en partie dans la cavité abdominale, en partie aussi dans l'excavation pelvienne.

Pour reconnaître les obliquités de l'utérus, il suffit de faire coucher la femme sur le dos ou de la faire tenir debout. On voit et on sent alors que le fond du viscère est incliné à droite, à gauche ou en avant. Chez certaines femmes, l'obliquité antérieure est tellement prononcée, que le ventre tombe en manière de besace sur les cuisses, et repose même quelquefois jusque sur les genoux lorsque la femme est assise. Si l'on pratique

le toucher, le col utérin, au lieu d'être situé au centre de l'excavation pelvienne, est dirigé, dans le cas d'obliquité antérieure, en haut, en arrière, et parfois est en rapport avec l'angle sacro-vertébral, ce qui a pu faire croire à son imperforation. Dans les obliquités latérales droite ou gauche, il est incliné en sens inverse du fond de l'utérus. Quelquefois il éprouve une sorte de torsion; mais ce cas est rare, et ne peut avoir lieu qu'autant que le fœtus n'est point engagé dans le détroit abdominal.

Les obliquités de l'utérus peuvent être la source d'obstacles et d'accidens plus ou moins graves, tant pour la mère que pour son fruit.

Du côté de la femme, elles peuvent ralentir la marche du travail, ou provoquer des accidens formidables. Quand l'obliquité est fortement prononcée, le col ne correspond pas au centre de l'excavation pelvienne, la femme se consume souvent en efforts inutiles, la tête du fœtus se plonge dans l'excavation pelvienne, coiffée assez fortement d'une portion du col, qu'elle tiraille, pour en déterminer la déchirure, l'inflammation, même la gangrène, et par suite la mort. C'est surtout dans les obliquités antérieures que ces accidens ont été observés. Baudelocque fut un jour appelé en consultation auprès d'une femme qui était depuis quatre jours en mal d'enfant, et chez laquelle il existait une obliquité antérieure de l'utérus. Une sage-femme avait eu la maladresse de la faire promener, et de la tenir debout pendant tout le temps du travail. Comme l'obliquité était très prononcée, la tête s'arcboutait contre l'angle sacro-vertébral, et la dilatation ne pouvait avoir lieu; la tête descendit enfin, mais coiffée par le col de l'uté-

rus. Les saignées, la position horizontale, et l'attention de soulever le siége ne purent prévenir la gangrène et la mort, qui eut lieu avant la terminaison de l'accouchement, ce qui ne serait certainement pas arrivé si, dès le principe, on avait remédié à l'obliquité. Il y a une vingtaine d'années, nous fûmes également appelé en consultation pour une femme qui avait eu déjà plusieurs enfans, et qui était atteinte d'une obliquité antérieure fort prononcée. La tête du fœtus se plongeait dans l'excavation pelvienne, coiffée par le col utérin, dont les parois étaient minces, lisses, distendues au point qu'on aurait pu croire toucher la tête à nu; telle était, en effet, l'opinion du médecin, qui se disposait à appliquer le forceps quand la famille réclama notre avis. Nous reconnûmes de suite, à la sensibilité de la partie, et aux douleurs causées par le toucher, que la tête du fœtus n'était pas à nu, qu'elle était plongée et coiffée par le col non encore dilaté; nous nous contentâmes de faire coucher la femme sur le dos, le siége relevé, d'introduire dans l'orifice du col, placé au-devant et presqu'au niveau de l'angle sacro-vertébral, l'extrémité du doigt indicateur recourbé à la manière d'un crochet, de nous servir de ce doigt pour attirer doucement à nous, du haut en bas, d'arrière en avant, la lèvre antérieure du col, pendant la durée des contractions utérines, en même temps qu'avec l'autre main, placée sur l'abdomen de la femme, nous refoulions de bas en haut et d'avant en arrière le fond de l'utérus; cette simple manœuvre, continuée avec beaucoup de ménagement et de douceur, procura une dilatation prompte, et amena en moins de deux heures la terminaison heureuse et naturelle d'un accouchement

que jusqu'à notre arrivée on avait considéré comme devant être des plus difficiles, et comme exigeant l'emploi du forceps. Nous pourrions rapporter plusieurs faits analogues que nous avons eu occasion d'observer depuis. Ce fut sans doute dans une circonstance semblable que fut pratiquée l'opération césarienne vaginale dont parle Lauverjat. On fit une incision sur le col de l'utérus, que l'on croyait imperforé; mais, chose remarquable, après l'opération on trouva l'orifice du col situé au centre de l'excavation pelvienne, ce qui prouva bien qu'il n'y avait point eu oblitération. Signaler ces faits, c'est mettre en garde contre de pareilles méprises.

Quand il y a obliquité de l'utérus, et que le fœtus se plonge dans l'excavation pelvienne, il faut se hâter de remédier à cet accident. S'agit-il d'une obliquité antérieure, on fait coucher la femme sur le dos, on lui place un coussin sous le siége, afin de rétablir le parallélisme entre l'axe de l'utérus et celui du détroit supérieur; on refoule le fond de l'organe de bas en haut, on porte un doigt dans l'intérieur du vagin, et l'on va, pendant l'intervalle des douleurs, chercher le col utérin, qu'on trouve au niveau de l'angle sacro-vertébral; puis on se comporte comme nous l'avons dit dans l'observation précédente, en ayant soin d'exercer des tractions modérées, dans la crainte de déchirer le col. Lorsqu'il y a obliquité latérale droite ou gauche, on fait coucher la malade sur le côté opposé, on place l'une des mains sur le flanc vers lequel le fond de l'utérus est incliné, puis on agit sur le col à l'aide de deux doigts de l'autre main, et l'on parvient de la sorte à le ramener dans sa situation naturelle.

Les obliquités de l'utérus influent sur la position du fœtus, et quoiqu'on parvienne à redresser le viscère, quelquefois la déviation du corps du fœtus persiste; c'est une des causes les plus fréquentes des positions inclinées dans les présentations de l'extrémité céphalique ou l'extrémité pelvienne.

ARTICLE II.

ÉPUISEMENT DE LA FEMME, CESSATION OU SUSPENSION DES CONTRACTIONS UTÉRINES.

La faiblesse générale de la mère n'est point par elle-même une cause suffisante pour rendre l'accouchement impossible : seulement elle le rend plus lent, sans qu'il soit plus difficile. On voit journellement accoucher sans avoir besoin de secours des femmes d'une constitution débile, et d'autres dont une maladie qui doit bientôt les enlever a tellement affaibli les forces générales, qu'à peine peuvent-elles se soutenir sur leurs jambes. Il y en a même, avons-nous déjà dit, chez lesquelles l'état de mort apparente ou réelle n'empêche pas l'utérus de se débarrasser seul du produit de la conception. Mais ce n'est pas sans danger pour elle qu'on expose une femme très faible à consumer le peu de forces qui lui reste à l'accomplissement de l'acte qui doit la rendre mère. D'ailleurs l'épuisement ne porte pas toujours sur les muscles seulement; l'utérus peut en être lui-même atteint, au point que sa faculté contractile soit presque entièrement anéantie. Ce fâcheux état dépend, ou de la longueur excessive du travail par une cause quelconque, ou d'une perte abondante de sang, d'une syncope prolongée. Si l'art n'intervenait point alors quand on a vainement essayé pendant quelque temps de ra-

nimer les douleurs languissantes, le travail deviendrait si long et si pénible, que l'existence de la mère et celle du fœtus pourraient être compromises.

ARTICLE III.

DES HÉMORRHAGIES.

Tout écoulement de sang qui survient pendant le cours de l'accouchement, peut, quand il est abondant, compromettre l'existence de la mère ou celle de l'enfant, quelquefois de l'un et de l'autre. C'est donc une circonstance suffisante pour nous engager à ne pas rester inactifs; mais l'indication d'agir est plus ou moins pressante, selon l'organe d'où le sang part. Ainsi, lorsqu'une femme en travail est prise d'épistaxis, d'hémoptysie, d'hématémèse, de mélæna, d'hématurie, le cas, bien que grave, n'exige pas toujours qu'on se hâte de terminer l'accouchement. Ordinairement alors il suffit, pour faire cesser l'accident, de recourir aux moyens généraux que la médecine indique, comme le repos absolu dans la position horizontale, l'exposition à l'air frais, l'usage des boissons froides légèrement acidulées, l'application de compresses trempées dans l'eau vinaigrée froide, la saignée au début de l'accident, si la femme est pléthorique. Ce n'est que dans des circonstances fort rares, et pour ainsi dire exceptionnelles, qu'on peut être mis, par ces diverses hémorrhagies, dans la nécessité de terminer en toute hâte l'accouchement. On conçoit très bien que, pendant les efforts violens auxquels les femmes se livrent pour amener leur délivrance, le mouvement fluxionnaire vers l'organe qui est le siége de l'hémorrhagie augmente, et que

celle-ci se trouve accrue dans une proportion relative à l'intensité de la fluxion. Dès lors, terminer l'accouchement, c'est diminuer d'autant les chances d'hémorrhagie.

Quant aux hémorrhagies utérines, elles peuvent se manifester pendant le cours de la gestation, durant le travail de l'accouchement, ou quand ce travail est terminé, et alors soit avant, soit après la délivrance. Nous ne nous occuperons ici que des premières; celles du troisième genre ont des caractères spéciaux, et même certaines causes particulières que nous ferons connaître lorsque nous exposerons les phénomènes de la délivrance. Elles ont d'ailleurs cela de propre, qu'elles ne mettent en danger que les jours de la mère, tandis que les autres peuvent devenir funestes à la femme et à son fruit.

A quelque époque de la grossesse qu'une hémorrhagie utérine survienne, elle nous paraît mériter toujours une sérieuse attention. Sous ce rapport, nous différons du sentiment de quelques accoucheurs, de Gardien, entre autres, qui regardent comme flux menstruel l'exhalation sanguine qui se fait quelquefois périodiquement par la vulve dans les premiers temps de la grossesse, et même plus tard, et pensent, d'après cela, qu'il n'y a rien à faire contre elle. Nous la considérons, au contraire, non comme une évacuation supplétive de ce flux, mais comme un accident de grossesse auquel il faut remédier; car on n'a jamais la certitude qu'elle ne s'arrêtera qu'après avoir diminué l'état de pléthore, et assez à temps pour ne pas devenir inquiétante.

Les hémorrhagies utérines ont été divisées en deux classes, suivant la manière dont l'écoulement du sang

s'effectue. Toutes les fois que le liquide s'écoule au-dehors, elles prennent le nom d'hémorrhagies *externes;* quand, au contraire, il s'amasse dans l'intérieur de l'utérus, sans se produire au-dehors, on leur donne celui d'hémorrhagies *internes*, *latentes* ou *cachées*.

Les causes des hémorrhagies sont fort nombreuses. Nous les diviserons en prédisposantes, efficientes ou occasionnelles, déterminantes ou prochaines, et spéciales.

Les causes prédisposantes se rattachent à la contexture de l'utérus, à l'état dans lequel les vaisseaux de l'organe se trouvent par le fait même de la grossesse. En effet, pendant la gestation, le calibre des vaisseaux augmente et leur flexuosité diminue, de sorte que la circulation y devient plus libre, plus active, et par suite la disposition plus prochaine, à un état de pléthore, soit général, soit local. Il est assez facile de reconnaître la pléthore générale à la dureté, au développement du pouls, à la coloration de la face, à la pesanteur de tête qu'éprouve la femme, aux saignemens de nez qui surviennent, quelquefois à l'espèce d'engourdissement qui se fait sentir dans les membres, à la gêne de la respiration, etc. Quant à la pléthore locale, lorsqu'elle a pour siége l'utérus, la femme se plaint de tension dans l'hypogastre et les reins, d'un sentiment de tiraillement, de pesanteur incommode dans le bassin, qui se propage le long des membres abdominaux; en un mot, on remarque chez elle les phénomènes précurseurs des règles, ou ce que Stahl appelait le *molimen hæmorrhagicum*.

On peut également ranger parmi les causes prédisposantes les irritations vives de l'utérus, qui sont le

résultat des phlegmasies de cet organe, du développement, dans son intérieur ou à son voisinage, de corps étrangers, comme polypes, tumeurs fibreuses, faux germes, ou autres productions capables, par leur présence, d'y faire affluer le sang en plus grande abondance que de coutume.

Au nombre des causes efficientes ou occasionnelles, il faut comprendre tout ce qui peut amener le développement de la cause prochaine, comme les coups, les chutes, les secousses de la voiture, l'action de sauter, et les circonstances qui déterminent une forte excitation générale, telles que la fréquentation des bals, des spectacles, des assemblées et des lieux où l'air est trop échauffé, les passions, les émotions vives, la joie, la colère, qui accélèrent la circulation, la frayeur, qui concentre le sang dans les organes intérieurs; or, comme l'utérus a plus d'activité qu'aucun autre viscère pendant la gestation, c'est naturellement vers lui que l'afflux sanguin se dirige.

La cause prochaine ou déterminante est le décollement partiel du placenta. Toutes les fois que le placenta est séparé dans une certaine étendue de la surface interne de l'utérus, une partie du sang qui va de la mère au fœtus et de celui qui revient du fœtus à la mère, ne pouvant plus s'aboucher avec le tissu caverneux du placenta ou couler dans les sinus utérins, doit s'épancher entre les deux organes et s'y accumuler. L'hémorrhagie peut être d'abord méconnue, parce que les phénomènes se passent à l'intérieur; mais, à mesure que le sang devient plus abondant, il décolle une partie de plus en plus étendue du placenta, puis une partie aussi des membranes, pour se faire jour à travers le col

utérin et arriver aux parties extérieures de la génération : il y a alors d'abord hémorrhagie interne, puis hémorrhagie externe.

Les causes spéciales de l'hémorrhagie utérine sont au nombre de trois :

1° Quelquefois le sang s'épanche dans la cavité même des membranes par suite de la déchirure des vaisseaux du cordon ombilical. C'est surtout aux hémorrhagies de cette espèce qu'on a appliqué l'épithète de latentes, parce que le sang ne peut se produire au-dehors qu'après la rupture de l'œuf; on pourrait aussi les appeler *intra-membraneuses*. Elles sont fort rares, et si nous les mentionnons, c'est uniquement pour rendre hommage au témoignage d'hommes recommandables qui en ont parlé; car il n'en existe guère, dans les fastes de l'art, que trois exemples rapportés par Delamotte, Levret et Baudelocque. Nous les croyons même impossibles, et nous pensons que les pertes de sang qu'on a rapportées à cette cause avaient été tout simplement la conséquence de la rupture du cordon ombilical pendant l'accouchement; c'est du moins là l'opinion dont on ne peut se défendre en lisant avec attention et critique les faits qui ont été publiés.

2° Une autre espèce, fort rare aussi, tient à la rupture des gros vaisseaux ombilicaux qui rampent à la surface fœtale du placenta. Nous ne connaissons qu'un seul exemple de cette hémorrhagie, à laquelle on pourrait donner le nom d'*inter-membraneuse*. Elle a été observée par nous chez une femme qui, après l'accouchement, eut de la peine à se délivrer : en examinant le placenta, nous trouvâmes une ou deux onces de sang épanché entre le chorion et l'amnios.

Nous croyons utile de faire observer que ces deux variétés d'hémorrhagies devraient faire une classe à part, que l'on pourrait désigner sous le nom d'hémorrhagies de l'œuf, plutôt que de faire partie des hémorrhagies utérines proprement dites.

3° La troisième cause spéciale enfin est l'insertion vicieuse du placenta sur le col de l'utérus. Elle sera la seule que nous examinerons, après avoir fait l'histoire des hémorrhagies dues au décollement du placenta, car les pertes occasionnées pour les deux autres causes spéciales ne sauraient fournir aucune indication spéciale à remplir.

Le diagnostic des hémorrhagies utérines dues au décollement partiel du placenta ne présente aucune difficulté quand elles se prononcent à l'extérieur, car l'écoulement de sang au dehors suffit pour les faire reconnaître. Quant à celles qui sont internes, on ne les découvre pas aussi facilement, et l'on n'en est averti que par les symptômes généraux. On est fondé à en soupçonner l'existence toutes les fois que le ventre de la femme acquiert subitement un volume insolite. Cependant cette ampliation ne saurait être considérée comme un signe décisif, puisqu'elle peut dépendre d'une autre cause, par exemple du météorisme ou de la tympanite intestinale. Mais lorsqu'il s'y joint un sentiment de langueur, de faiblesse, des vertiges, des éblouissemens, des tintemens d'oreilles, des défaillances, la pâleur de la face, la faiblesse et la fréquence du pouls, on peut être certain qu'une hémorrhagie a lieu. Si alors on ne porte pas immédiatement secours à la mère, il survient des syncopes, des sueurs froides, des mouvemens convulsifs, et même la mort. En por-

tant le doigt à l'orifice de l'utérus, on trouve presque toujours le col relâché, et quelquefois, quand on appuie sur cette partie, on fait sortir le sang, on rend l'hémorrhagie externe, d'interne qu'elle était. Enfin, dans certaines circonstances particulières, d'autres symptômes locaux viennent encore aider au diagnostic. Ainsi, lorsque le décollement s'est opéré à la paroi antérieure de l'utérus, la main, appliquée sur l'hypogastre, reconnaît quelquefois une bosselure en cet endroit.

Le pronostic des hémorrhagies varie suivant qu'on l'applique à la mère ou au fœtus. Par rapport à ce dernier, les hémorrhagies utérines sont d'autant plus redoutables qu'elles se manifestent à une époque moins avancée de la grossesse, parce qu'elles entraînent alors l'avortement et la perte de l'embryon, tandis qu'à une époque plus avancée de la grossesse, si l'hémorrhagie survient dans un temps plus rapproché du terme de la viabilité, le fœtus a plus de force pour résister et plus de chances de conservation. L'inverse précisément a lieu pour la mère; dans le premier cas, les vaisseaux utérins n'ayant pas encore acquis un grand volume, ne peuvent fournir qu'une quantité de sang peu considérable et insuffisante pour compromettre les jours de la femme; au lieu que, quand l'hémorrhagie se déclare du cinquième mois de la grossesse au neuvième, ces vaisseaux, qui ont pris beaucoup d'accroissement, peuvent fournir, dans un temps donné, assez de sang pour entraîner promptement la mort de la mère.

Il y a aussi des distinctions à établir par rapport au pronostic des hémorrhagies qui se déclarent pendant le travail de l'accouchement. En général, toutes choses

égales d'ailleurs, les hémorrhagies externes sont moins graves que les internes, parce que comme elles se manifestent au dehors, on est plus promptement averti, et on peut les combattre dès leur début, tandis que les internes ne révélant le plus ordinairement leur existence que par la production de phénomènes généraux, on ne les reconnaît souvent que quand un affaiblissement considérable est survenu. Toutes ces pertes de sang sont d'autant moins graves qu'elles surviennent à une époque plus avancée du travail, parce qu'alors on a la ressource de les faire cesser en terminant l'accouchement. Lorsqu'au contraire elles surviennent dès le début, on est obligé d'attendre que la nature ait disposé le travail avant de pouvoir agir d'une manière efficace pour conserver et la mère et son fruit.

Le traitement est général ou spécial, suivant qu'il s'applique à l'universalité des cas ou qu'il ne convient qu'à tel ou tel cas particulier.

S'agit-il d'une hémorrhagie pendant le cours de la grossesse, si elle n'est pas considérable, on commence par avoir recours aux moyens hygiéniques. Ainsi on prescrit le repos, on fait coucher la femme horizontalement, on la tient dans une chambre fraîche bien aérée; on éloigne toutes les causes susceptibles de provoquer une fluxion, une irritation vers l'utérus, en vidant la vessie, en nettoyant le gros intestin par des lavemens simples, en appliquant des compresses imbibées d'eau à la glace sur l'hypogastre, les aines et le haut des cuisses, en prescrivant la diète, et en ne permettant que des boissons rafraîchissantes, incrassantes, comme l'eau de riz légèrement acidulée et froide. Si ce traitement ne réussit pas, il faut employer la sai-

gnée si la femme est jeune, robuste, pléthorique, si elle n'a encore perdu qu'une petite quantité de sang; dans le cas contraire, il faut s'en abstenir. C'est la saignée générale et révulsive qu'on doit mettre en usage. Les émissions sanguines locales ne désempliraient pas assez vite l'appareil circulatoire; elles n'agissent que sur le système capillaire général, à moins qu'on ne les porte jusqu'à la défaillance. D'ailleurs elles feraient plus de mal que de bien, en déterminant, soit par l'irritation qui résulte des piqûres dans les ventouses scarifiées, soit par le mode particulier de succion des sangsues, un mouvement fluxionnaire prononcé vers les parties sur lesquelles on les appliquerait.

Ces moyens généraux suffisent ordinairement pour arrêter les hémorrhagies qui se déclarent pendant les premiers mois de la gestation. Quelquefois même, avec leur secours, on conduit à terme des grossesses qui, sans eux, eussent avorté. Malheureusement on n'a pas toujours un si bon résultat, et fort souvent, lorsque la perte survient durant les trois premiers mois, on ne réussit point à prévenir l'avortement.

Quant aux hémorrhagies qui ont lieu à la fin de la gestation et surtout pendant le travail de l'enfantement, elles exigent des soins particuliers. Les gens du monde, et même beaucoup de médecins, pensent que leur manifestation établit la nécessité de terminer l'accouchement. Mais, avant de prendre ce parti, il faut savoir si l'on pourra agir d'une manière avantageuse pour la mère et le fœtus, et la condition indispensable du succès, c'est que le col soit suffisamment dilaté ou dilatable. Si l'hémorrhagie survenait avant que le col fût ef-

facé, on devrait bien se garder de rien entreprendre, dans la crainte de compromettre l'existence des deux êtres sur lesquels on est appelé à veiller. Cependant, si alors on abandonnait les choses à elles-mêmes lorsque le sang coule en grande abondance et que les contractions utérines sont à peine sensibles, la femme s'affaiblirait beaucoup, ou même pourrait succomber avant la dilatation du col. En une telle occurrence, il n'y a, suivant nous, d'autre ressource efficace que le tamponnement, c'est-à-dire d'introduire à l'orifice de l'utérus un corps capable de s'opposer à la sortie du sang et de le retenir dans l'intérieur du viscère.

Le tamponnement a pour effet immédiat de convertir l'hémorrhagie externe en hémorrhagie interne. Le sang retenu se coagule, et le caillot, à mesure qu'il se produit, s'étend de proche en proche jusqu'à l'orifice des vaisseaux qui fournissent le sang, dont il arrête l'écoulement d'une manière sinon absolue, du moins notable. Mais le tamponnement exerce encore une autre influence secondaire, eu égard à l'accouchement; il interpose entre l'œuf et le col utérin un caillot qui humecte ce dernier, le ramollit en quelque sorte, et le prédispose à céder plus promptement. En outre, ce corps étranger distend les fibres de l'utérus, qu'il tire de leur engourdissement et dont il ranime l'action. Ainsi, l'application du tampon a pour triple résultat de modérer l'hémorrhagie, d'amollir le col et de réveiller les contractions utérines; or, signaler la manière dont il agit, c'est aussi faire connaître les cas dans lesquels on doit l'employer. Il faut y recourir quand l'œuf est intact et qu'on a perdu l'espérance de voir cesser la perte autrement que par l'expulsion du produit de la conception. Si,

au contraire, la poche des eaux est rompue, si l'écoulement du liquide amniotique a eu lieu, on doit bien se garder de tamponner, car alors le tampon ne pourrait agir avec efficacité que quand le caillot aurait acquis un volume égal à celui de l'eau qui a été évacuée; or, la femme étant déjà affaiblie, elle aurait le temps de succomber avant que le cours du sang fût arrêté.

Différentes manières d'appliquer le tampon ont été proposées.

Les uns conseillent de porter des bourdonnets de charpie à l'orifice de l'utérus. Ce moyen est mauvais, en ce que la mollesse de la charpie lui permettant de s'imbiber facilement, la femme perdrait trop de sang avant qu'on fût parvenu à établir une compression suffisante. Il vaut mieux, si le col n'est pas assez dilaté, y tenir appliquée une bande de toile effilée d'un côté et roulée sur elle-même, qu'on a préalablement trempée soit dans du vinaigre ou un acide minéral étendu d'eau, soit dans une dissolution d'alun, ou toute autre liqueur styptique. Quelquefois néanmoins ce tampon ne remplit pas entièrement le but qu'on s'était proposé, et, bien qu'il modère la perte de sang, la femme est encore exposée à périr, si l'on en attendait l'effet complet.

On comprend, au reste, que le tamponnement n'est point applicable à tous les cas; qu'il y a des circonstances où l'irritabilité, soit générale, soit locale, ne permet pas d'y recourir; et qu'enfin on ne saurait le mettre en usage quand la dilatation a fait de grands progrès, sans cependant être assez avancée pour permettre de terminer l'accouchement.

D'autres veulent qu'on introduise dans le vagin un carré de linge, dont on retient les quatre angles au-de-

hors et qu'on bourre ensuite de charpie. Ce procédé est d'une exécution difficile; plus d'une fois nous l'avons essayé sans succès. Il cause des douleurs assez graves; et comme on est obligé de tirer sur les angles du linge rempli de charpie, pour l'appliquer contre les parois de la vulve, et prévenir l'écoulement du sang au dehors, il en résulte, entre le col de l'utérus et le tampon, un vide qui permet à une quantité assez considérable de sang de s'accumuler dans la partie supérieure, lâche et extensible, du vagin.

Le moyen que nous employons avec le plus d'avantage, et qui réussit le plus promptement, consiste à introduire dans le vagin un citron dont on a coupé le bout en travers. Ce fruit étant appliqué contre le col de l'utérus, l'acidité de son suc détermine la coagulation du sang. Lorsqu'il n'y a point encore de dilatation, ou quand elle ne fait que commencer, si elle a une étendue supérieure au diamètre du citron, nous nous contentons de bourrer, autant que possible, le vagin avec des bandelettes de linge imbibées d'eau vinaigrée, de maintenir le tout au moyen d'une serviette ployée en manière de sous-cuisse, et d'attendre le résultat auprès de la malade.

Puzos a préconisé une méthode qui consiste à porter d'abord un doigt, puis plusieurs, dans l'orifice de l'utérus, pour le titiller doucement; ensuite à dilater le col avec lenteur, enfin à percer les membranes, le tout afin de déterminer des contractions qui, resserrant et comprimant les vaisseaux, rendent l'afflux du sang moins facile. Cette pratique ne peut être utile qu'autant qu'on l'emploie lorsque les contractions utérines existent déjà depuis un certaim laps de temps; car

si l'on provoquait l'écoulement des eaux de l'amnios avant que les douleurs fussent convenablement établies, le sang s'amasserait à l'intérieur, au lieu de fluer au dehors, et la femme périrait avant qu'on pût lui porter secours. La méthode de Puzos n'a réellement d'efficacité que quand on est parvenu à réveiller les contractions, et quand la dilatation est assez considérable pour que l'orifice de l'utérus égale presque une pièce de cinq francs. Alors, en effet, les eaux de l'amnios s'étant échappées, l'organe revient sur lui-même avec énergie, l'hémorrhagie diminue, et souvent même elle s'arrête complétement.

Divers praticiens ont préconisé l'administration du seigle ergoté. Nous pensons qu'on devrait y recourir si la perte ne s'arrêtait pas et si la femme s'affaiblissait visiblement. En excitant par là les contractions utérines, on pourrait diminuer l'écoulement du sang, et même déterminer l'accouchement. Mais ce médicament est souvent infidèle; toutes choses égales d'ailleurs, son action est d'autant moins prononcée que la femme est plus affaiblie, ce qui fait que, dans des cas de perte, nous avons été obligé de le porter à la dose de quatre à huit grammes, avant d'en obtenir le moindre effet; encore même à cette dose n'a-t-il pu quelquefois ranimer la contractilité utérine.

L'hémorrhagie est parfois si abondante et si rapide, qu'on n'a pas le temps de recourir à l'emploi des divers moyens qui viennent d'être énumérés, et que la femme tombe dans un tel état de faiblesse, qu'elle ne peut plus fournir aux frais du travail, et qu'elle est menacée de périr avec son fruit. C'est dans ce cas fâcheux, mais heureusement fort rare, et tout-à-fait ex-

ceptionnel, qu'il faut recourir à la méthode de Celse, c'est-à-dire à la dilatation forcée du col de l'utérus. Nous savons bien que cette méthode n'est pas exempte de difficultés ni même de dangers, qu'en cherchant à terminer l'accouchement *per fas et nefas*, on n'est pas toujours certain de conserver la mère, et que presque toujours on compromet la vie de l'enfant; mais, dans une si cruelle extrémité, il vaut mieux tenter un moyen hasardeux que de rester spectateur oisif d'un événement qui paraît inévitabble. On cherche donc à dilater le col utérin, de manière à pouvoir introduire la main pour opérer la version. Une fois les pieds saisis et amenés à l'orifice du col, le mouvement de progression qu'on imprime au corps du fœtus dilate graduellement le col. Mais jamais ces sortes d'accouchemens forcés ne se terminent qu'avec une extrême difficulté; souvent même ils occasionnent des contusions et des déchirures au col, et l'on a beaucoup de peine à extraire la tête; car, une fois que les épaules sont dehors, le col utérin se resserre ordinairement autour du cou du fœtus. Alors, quelques précautions qu'on prenne, celui-ci périt, et sa mort est le résultat ou de l'affaiblissement causé par l'hémorrhagie, ou de la suspension de la circulation, à cause de l'inévitable compression du cordon, et quelquefois même de l'allongement de la moelle épinière, par suite des tractions qu'il faut exercer pour entraîner la tête.

Passons maintenant à l'histoire des hémorrhagies utérines qui dépendent d'une insertion vicieuse du placenta. Nous avons dit, dans le premier volume, que le lieu d'insertion du placenta n'est point fixe; que ce corps s'insère tantôt vers le fond, tantôt sur les parties

latérales, et quelquefois, bien que plus rarement, sur le col de l'utérus. Lorsque ce dernier cas a lieu, l'hémorrhagie est de l'essence même de la grossesse; car celle-ci ne saurait arriver à terme sans qu'une portion plus ou moins considérable du placenta ne se décolle, et sans qu'il ne survienne des pertes plus ou moins abondantes.

On a indiqué des signes pour faire reconnaître l'insertion du placenta sur le col de l'utérus. Beaucoup d'auteurs ont dit qu'en pratiquant le toucher on trouvait le col plus mou, plus volumineux, plus gonflé qu'à l'ordinaire. Ces signes n'ont aucune valeur, puisque le gonflement, l'épaississement, la mollesse, la flaccidité du col, peuvent dépendre d'une multitude de causes étrangères à la disposition dont il s'agit ici, et dans laquelle d'ailleurs elle n'est pas constante. Un seul phénomène peut faire soupçonner l'insertion du placenta sur le col utérin; c'est l'époque à laquelle les hémorrhagies surviennent. En général, elles ont lieu de bonne heure; mais jamais elles ne se manifestent avant le moment où le col de l'organe commence à éprouver de l'ampliation. A la vérité, il y a des exceptions. Quelques accoucheurs, Désormeaux entre autres, disent les avoir observées vers le cinquième mois; d'autres, au contraire, dans le cours seulement du neuvième. Nous-même nous avons donné des soins à une femme qui ne les éprouva qu'au huitième mois et au commencement du neuvième. Mais, le plus ordinairement, c'est du sixième au septième qu'elles se déclarent. Si l'on se rappelle les changements de contexture qui surviennent dans l'utérus pendant la grossesse, il sera facile d'expliquer ce phénomène. Quand le corps de

l'organe commence à se dilater, les portions du placenta qui sont adhérentes à son col se détachent, des vaisseaux utéro-placentaires se rompent, et le sang fait irruption au-dehors. Il suit de là que moins la dilatation du col sera grande, moins l'hémorrhagie sera abondante, et *vice versâ*, que plus la dilatation sera considérable, plus aussi la perte sera copieuse.

Ordinairement, les premières hémorrhagies sont peu abondantes. Pendant dix, douze, quinze, vingt-quatre heures, il n'y a qu'une sorte de suintement, comparable à celui des règles. Si la femme reste en repos, l'écoulement cesse, et cinq ou six jours se passent sans qu'il se renouvelle; mais, ce laps de temps écoulé, l'hémorrhagie reparaît avec plus de force. Ce n'est donc que par un repos absolu qu'on peut espérer d'y mettre un terme; car il est évident que plus la grossesse avancera, plus le col s'effacera, plus les contractions utérines deviendront fortes, et plus l'hémorrhagie devra avoir de tendance à se reproduire.

Si l'on pratique le toucher, surtout au début du travail, lorsqu'il y a un commencement de dilatation, on sent, à l'orifice du col, une masse molle, ordinairement formée par un caillot de sang plus ou moins endurci. En dérangeant ce caillot avec précaution, on arrive à la surface de l'œuf, où l'on trouve une masse plus résistante, mais inégale, n'offrant pas le poli des membranes, et masquant la partie de l'enfant qui se présente. Cette masse est le placenta. On ne saurait être trop circonspect dans l'exploration, afin de ne pas rompre l'adhérence entre le caillot et les parties voisines, et de ne point détruire la digue qui s'oppose à une nouvelle irruption de sang.

Plus les contractions sont fortes, plus l'hémorrhagie est abondante : la force de celle-ci est donc en raison directe de celle des douleurs ; car plus les douleurs sont vives, plus le col s'ouvre, et plus, par conséquent, il y a de vaisseaux rompus. Quand les contractions cessent, le col se relâche à la vérité, mais, en se relâchant, il revient sur lui-même; les bords de son orifice se rapprochent du centre, et les vaisseaux placentaires déchirés se trouvent en partie recouverts par lui; le sang, ne pouvant s'échapper, se coagule, et dans l'intervalle des douleurs, toutes choses égales d'ailleurs, l'écoulement est moins abondant, tandis que dans l'hémorrhagie dont nous venons de tracer l'histoire, celle par décollement du placenta, on observe tout l'opposé, l'hémorrhagie diminuant pendant les contractions. Comment cet effet a-t-il lieu ? Lorsque le placenta s'insère près du col, plus les contractions utérines sont rares, plus la poche des eaux qui tend à sortir s'applique intimement au col, de manière à rendre toute communication avec l'extérieur impossible; les membranes font ici l'office d'un bouchon, qui obstrue le col, et qui ne laisse pas échapper une seule goutte de sang. Mais, à peine la douleur cesse-t-elle, que les membranes s'affaissent, que le col revient sur lui-même, que l'intervalle entre elles et lui s'agrandit, et que, la digue venant à être rompue par le poids du sang accumulé au-dessus, ce liquide coule au-dehors et s'échappe en bavant.

Le pronostic est d'autant plus grave que le centre du placenta se rapproche davantage de celui du col. L'existence de la mère peut être compromise. Le résultat pour elle dépend de sa force, de sa constitution,

de la quantité de sang qu'elle a perdue, et du moment plus ou moins opportun où l'on est appelé pour lui porter secours. Quant au fœtus, il devient presque toujours victime de l'affaiblissement que lui fait éprouver l'hémorrhagie, car c'est aux dépens du placenta que cette dernière a lieu.

La conduite de l'accoucheur doit varier suivant l'époque. On a prétendu qu'il ne fallait, sous aucun prétexte, laisser à la nature le soin de terminer seule l'accouchement. Cette proposition nous paraît trop générale, et nous citerons tout-à-l'heure des faits qui le prouvent.

Si la femme n'est point à terme, la première chose à faire est de chercher à modérer l'hémorrhagie. Pour cela il ne faut point compter sur les saignées, qui n'auraient d'autre résultat que d'épuiser les forces. On prescrit la position horizontale, on fait circuler un air frais autour de la femme, on la couvre peu, on lui donne des boissons incrassantes légèrement acidulées; on lui entretient le ventre libre; on la soumet à une alimentation légère; on lui impose une inaction absolue. Le but est d'obtenir qu'elle s'approche le plus possible du terme de sa grossesse. Quand ces moyens ne sont pas couronnés d'un succès complet, on a recours aux aspersions froides, à l'application d'eau froide vinaigrée, ammoniacée, éthérée, sur les cuisses et le ventre. Ce ne serait pas là le cas d'administrer le seigle ergoté, qui provoquerait prématurément l'accouchement, sans diminuer la force de l'hémorrhagie.

Quand la femme est à terme, le plus efficace de tous les moyens, dans le premier moment, consiste à tamponner. Mais si l'hémorrhagie continuait et menaçait

de devenir funeste, il faudrait en venir à l'accouchement forcé. Les cas où l'on peut confier la délivrance à la nature sont rares. Tel serait cependant celui dans lequel le placenta ne correspondrait qu'à un point de la circonférence du col, au lieu de s'y insérer centre pour centre. Ayant été appelé un jour auprès d'une femme qui depuis six semaines à deux mois avait une perte provenant de l'insertion du placenta sur le col, nous trouvâmes l'orifice dilaté au point d'avoir environ un pouce de diamètre. Voyant que les douleurs ne manquaient pas d'énergie et que la femme ne s'affaiblissait point d'une manière graduelle, nous l'engageâmes à faire valoir ses douleurs; l'hémorrhagie n'augmentant pas, et l'épaisseur du placenta allant en diminuant, nous conclûmes que le travail avançait; en effet, au bout d'une heure, le placenta se décolla, et à l'instant même les membranes s'engagèrent. Comme c'était sur le côté gauche qu'avait lieu l'insertion, les membranes descendirent à droite, le fœtus se présenta par les fesses, et nous eûmes la satisfaction de l'amener vivant. La même chose nous est arrivée dans une autre circonstance, mais où le placenta n'occupait pas autant d'étendue sur le col. Quelques personnes ont dit que l'accouchement pouvait se terminer quand le centre du placenta répondait à celui du col, et qu'au moment où la tête franchissait la vulve elle arrivait coiffée par le placenta. La théorie donne à penser que la chose pourrait avoir lieu ainsi; mais nous n'en avons jamais vu d'exemple; d'ailleurs il faudrait que tous les points de la circonférence du placenta se détachassent à la fois, et de la sorte une énorme quantité de vaisseaux se trouveraient rompus. Les cas dont nous venons de parler sont ex-

ceptionnels, et par conséquent ne peuvent servir de règle. Il faut donc, dans la grande majorité des circonstances, terminer l'accouchement. Comment doit-on agir?

Les uns veulent que si la tête se présente, on ait recours au forceps; mais on détacherait alors le placenta; donc l'application de cet instrument ne convient pas. Nous pensons qu'il vaudrait mieux opérer la version.

Pour procéder à la version, quelques auteurs ont conseillé d'introduire les doigts dans l'orifice du col, de déchirer le centre du placenta avec l'ongle, d'agrandir l'ouverture, d'aller chercher les pieds et de les amener. Cette méthode est blâmable pour plusieurs motifs. D'abord l'exécution en est difficile; ensuite, pour déchirer le placenta, on est obligé de le repousser fortement, et l'on s'expose, en rompant le peu d'adhérences qu'il conserve avec l'utérus, à augmenter l'hémorrhagie; enfin il peut se faire que la rupture ait lieu sur les principaux vaisseaux du cordon, et comme l'enfant se trouve déjà fort affaibli par les pertes de sang, cette déchirure rendrait sa mort inévitable. Un autre motif encore nous engage à proscrire cette méthode; c'est qu'en supposant qu'on soit parvenu à éviter tous les inconvéniens qui viennent d'être signalés, si l'on va chercher les pieds, on sera obligé de faire passer le fœtus par l'ouverture pratiquée au placenta; et si les parties inférieures, les membres pelviens, le tronc, passent aisément, quand viendra le tour des épaules, le volume énorme du placenta étant ajouté au leur, et ce corps formant une espèce de cravate autour du cou, il fera naître un obstacle de plus.

D'autres recommandent de chercher les points de la circonférence du col dont les membranes sont le plus rapprochées, et de déchirer là ces dernières, pour aller ensuite chercher les pieds. Un tel procédé pourrait devenir funeste à la femme. D'ailleurs, comment s'assurer si le placenta est inséré plus à droite qu'à gauche? Il n'y a point de temps à perdre, et quand une fois on a reconnu qu'il est urgent de terminer l'accouchement, voici la marche qu'on doit suivre.

Après avoir disposé convenablement la femme, on introduit un ou deux doigts de la main droite ou de la main gauche, suivant le cas; on les glisse entre le col et le placenta, et l'on détache celui-ci jusqu'aux membranes; dès qu'on arrive là, on recourbe ses doigts, et l'on perce latéralement les membranes. De cette manière, on a l'avantage de conserver tout le liquide amniotique, et quelquefois on parvient à terminer l'accouchement sans être forcé de se livrer à des efforts souvent infructueux pour aller chercher les pieds. Il nous a suffi dans plusieurs cas de donner une légère impulsion au corps du fœtus, pour que ses pieds nous tombassent pour ainsi dire dans la main. Alors la version est facile, parce que, la poche étant intacte, les eaux ne s'écoulent pas.

Pour terminer le travail, les uns veulent que l'on opère des tractions graduelles, ce qui est un bon précepte; d'autres, au contraire, et surtout Leroux, de Dijon, recommandent d'exercer les tractions jusqu'à ce que les fesses soient arrivées à la vulve, craignant que si l'on tirait trop brusquement sur les pieds, on ne vidât trop promptement l'utérus, qui pourrait être frappé d'atonie à la suite de cette soudaine déplétion.

Ce précepte est bon lorsqu'il s'agit des versions ordinaires ; mais quand il y a une hémorrhagie qui peut compromettre la mère et l'enfant, une telle temporisation aurait le grave inconvénient d'augmenter les chances de perte. Deleurye conseillait d'amener l'enfant jusqu'aux aisselles, et d'attendre que les contractions utérines vinssent en aide pour le reste. Cette pratique serait plus vicieuse encore que celle de Leroux; car le cordon étant sorti, il se trouverait comprimé.

En somme, les craintes que les auteurs témoignent eu égard à l'accouchement forcé dans le cas d'insertion du placenta sur le col, nous paraissent exagérées. Toujours nous nous sommes hâté de terminer dans cette circonstance, et toujours nous avons reconnu que les stimulations produites par le bras et la main étaient plus que suffisantes pour faire sortir l'utérus de son état de torpeur; jamais non plus nous n'avons vu d'hémorrhagie consécutive à la suite de la version. Dans les cas de cette nature, le succès dépend quelquefois de la célérité avec laquelle on procède. Nous fûmes appelé auprès d'une femme qui éprouvait depuis longtemps une perte par suite de l'insertion du placenta sur le col. On avait essayé le tamponnement, mais on s'y était mal pris, et l'hémorrhagie continuant toujours, cette femme était tombée dans une faiblesse extrême. A notre arrivée, nous la trouvâmes pâle, défaite, et il nous sembla qu'elle allait succomber. Nous la fîmes placer en travers sur son lit, et procédâmes à la version. Cette opération ne fut pas difficile, la poche des eaux n'étant pas rompue. Nous amenâmes les pieds au-dehors; mais quand nous fîmes des tractions sur le corps, la femme fut prise d'un mouvement convulsif qui la re-

jeta en arrière, et nous pensâmes qu'elle allait rendre le dernier soupir. Nous nous hâtâmes donc de terminer l'accouchement. La mère succomba en effet, mais du moins l'enfant fut-il sauvé; tandis que si nous eussions mis moins d'empressement, il aurait péri aussi.

ARTICLE IV.

CONVULSIONS.

Dans le langage ordinaire, on appelle *convulsions* toute contraction brusque, irrégulière, involontaire, des différens muscles du corps, quels que soient d'ailleurs les causes qui les déterminent, l'âge et le sexe de l'individu qui les éprouve. Sous cette large acception, le terme de convulsions ne fait qu'exprimer un symptôme plus ou moins grave, plus ou moins important à noter, mais qui appartient à une foule d'affections différentes, à la désignation d'aucune il ne saurait servir. Ici nous l'emploierons pour exprimer un état spécial, particulier aux femmes grosses, et qui se manifeste pendant tout le temps qu'elles se trouvent sous l'influence des modifications qu'apportent en elles la conception et ses suites.

Quand la femme est atteinte de convulsions, elle éprouve des mouvemens brusques, irréguliers, désordonnés, des muscles de tout le corps, et plus particulièrement de ceux qui sont soumis à l'empire de la volonté, bien que les muscles creux contenus dans les cavités splanchniques n'y demeurent pas toujours étrangers. Quelquefois on voit des convulsions partielles qui affectent seulement un organe, une partie du corps, un ou plusieurs membres. Dans d'autres cas, les con-

vulsions sont générales et affectent la presque totalité des organes. Nous disons la presque totalité, car si tous les organes étaient pris à la fois, la femme pourrait succomber instantanément.

Différens noms ont été donnés aux convulsions des femmes en couches. Quelques auteurs les ont appelées tout simplement convulsions; d'autres les ont nommées *éclampsie*, apoplexie des femmes en couches, convulsions laiteuses, convulsions épileptiques. Enfin on a imaginé pour elles autant de dénominations diverses qu'il y a de symptômes prédominans. Ainsi on a admis des convulsions apoplectiques, hystériques, cataleptiques, cholériques, etc. Ce qu'il importe de savoir, c'est que les convulsions qui surviennent pendant le travail de l'accouchement ont un caractère spécial, propre à les faire distinguer de toutes celles qui ont lieu hors de la grossesse. Certainement les symptômes qui se manifestent pendant cet état ont de l'analogie avec ceux de l'épilepsie, de l'apoplexie, de l'hystérie; mais ils n'en portent pas moins un cachet spécial, qui ne permet de les confondre avec aucun autre.

Les causes des convulsions sont nombreuses. Celles qu'on nomme prédisposantes se rapportent à la constitution de la femme, et surtout à la modification particulière que l'état de grossesse imprime à toute son organisation, notamment à son système nerveux. En général, les femmes fortes, pléthoriques, à fibre musculaire sèche, et médiocrement pourvues d'embonpoint, y sont plus prédisposées que les femmes faibles et lymphatiques, surtout si elles sont primipares et qu'elles conçoivent dans un âge avancé, comme à trente-cinq ou quarante ans. Nous ne prétendons pas cepen-

dant que les femmes qui se trouvent dans d'autres conditions en soient toujours exemptes, mais elles y sont moins sujettes. A ces causes, il faut ajouter l'impression subite de l'air froid, le séjour dans un endroit dont l'air est trop chaud ou vicié, tout ce qui est capable de surexciter le cerveau, comme la fréquentation des bals, des spectacles, etc. Il en est aussi qui tiennent aux circonstances spéciales dans lesquelles la femme se trouve placée, ou à celles qui accompagnent le travail. On conçoit, en effet, que les douleurs de l'enfantement peuvent suffire pour exalter la sensibilité et déterminer des convulsions. J'ai observé que les femmes les plus exposées à cet accident étaient celles qui avaient éprouvé de grands chagrins pendant leur grossesse, ou qui avaient été obligées de recourir à mille artifices pour soustraire aux regards les conséquences d'une liaison illicite. On a fait jouer un grand rôle à la distension des fibres utérines, et l'on a dit que la prédisposition aux convulsions croissait en raison directe de cette distension. Le fait est vrai, et nous l'avons vérifié à l'hospice de la Maternité. Il survient plus de convulsions chez les femmes qui portent plusieurs enfans que chez celles qui n'en ont conçu qu'un seul. Cependant il est digne de remarque qu'une accumulation d'eau dans l'utérus, qu'une hydropisie utérine, ne provoque pas aussi souvent des convulsions qu'une grossesse multiple. On a aussi attribué les convulsions aux irritations gastriques, intestinales, et, passant en revue la plupart des organes, on a trouvé dans chacun d'eux des causes capables d'y prédisposer. Mais nous croyons que la cause essentielle tient à l'état particulier dans lequel le cerveau se trouve pen-

dant le travail, état de gêne et de congestion la plupart du temps. Nous avons vu des femmes chez lesquelles l'infiltration des membres avait précédé les convulsions. Nous en avons soigné une chez laquelle les phénomènes convulsifs se dessinaient chaque jour de plus en plus. Des revers de fortune lui avaient occasionné un profond chagrin. Vers le sixième ou septième mois de la grossesse, l'œdème commença à s'emparer des membres abdominaux, puis gagna les parties supérieures; il survint une distension des organes de la génération et de la partie inférieure du ventre; enfin, les membres pectoraux se tuméfièrent, de sorte qu'au huitième mois l'infiltration avait gagné tout le haut du tronc. Cette femme se plaignait de maux de tête, qui allaient toujours en augmentant. Un jour, vers quatre heures de l'après-midi, elle fut prise tout-à-coup de cécité et de mouvemens nerveux. Nous ne la vîmes que sur les onze heures du soir. Le médecin ordinaire, n'ayant pu la saigner à cause de ces infiltrations, lui avait administré sans succès des antispasmodiques. A minuit, les accidens convulsifs se manifestèrent; nous reconnûmes la nécessité de pratiquer une saignée, dût-on faire une grande incision au bras. En conséquence, nous appliquâmes une ligature bien serrée, nous fîmes une large ouverture à la veine, et nous retirâmes au moins deux livres de sang. Les convulsions cessèrent, mais la connaissance ne revint qu'au bout d'une heure ou deux, et la vue n'était point encore rétablie. Des sangsues appliquées derrière les oreilles rendirent l'amélioration plus prononcée; la cécité persista néanmoins pendant douze heures. La femme se rétablit, et accoucha bientôt, mais l'enfant mourut.

Tantôt les convulsions sont précédées de signes précurseurs, et tantôt elles arrivent pour ainsi dire à l'improviste. Ordinairement, lorsqu'elles sont précédées de signes précurseurs, la femme accuse un engourdissement des membres et des douleurs de tête; quelquefois elle éprouve une sensation particulière, semblable à celle qui accompagne le début de l'épilepsie. Mais le plus souvent les convulsions surviennent d'une manière inopinée, parfois même si brusque, que la femme s'en trouve surprise au milieu d'une phrase, qu'elle achève après l'accès, sans conserver le moindre souvenir de ce qui s'est passé. Nous donnions un jour des soins à une femme de la Suisse, forte et pléthorique; le travail marchait avec régularité; au moment où la tête du fœtus allait exécuter son mouvement de rotation, nous l'engageâmes à faire valoir ses douleurs; mais, voyant que la tête ne se plongeait pas, à cause d'une obliquité de l'utérus, nous l'invitâmes à se tourner sur le côté gauche; pendant ce mouvement, elle fut prise d'un épouvantable accès de convulsions. Sur-le-champ nous pratiquâmes une large saignée du bras, puis nous terminâmes l'accouchement par l'application du forceps. L'enfant fut amené vivant, et la femme se rétablit. Ainsi, sans cause appréciable, il éclata chez cette femme un accès de convulsions semblable à ces attaques d'apoplexie qui viennent foudroyer certains individus. Quelquefois cependant on est prévenu par des convulsions partielles. Lorsqu'on se trouve auprès d'une femme en travail, il ne faut jamais perdre de vue ses traits; l'inspection de son visage suffit pour dénoter l'approche des convulsions, comme il fait découvrir les hémorrhagies utérines. Ainsi, dans certains cas, l'accès général est pré-

cédé de mouvemens convulsifs qui affectent l'un des côtés de la face; le plus souvent c'est le muscle canin qui entre le premier en convulsion; parfois il survient un clignotement des paupières, ou un mouvement désordonné de l'œil, qui roule dans son orbite; ou bien des convulsions s'emparent de l'un des membres. Mais, le plus communément, tout le corps est pris à la fois d'une manière subite, et l'on observe alors des soubresauts, des torsions de membres, ressemblant à ce qui a lieu dans les accès d'épilepsie ou d'hystérie. Pendant ces convulsions, la respiration est gênée, courte, stertoreuse; les muscles de la poitrine ne pouvant dilater cette cavité, l'hématose se fait mal; presque toujours il y a constriction de la gorge, expuition de matières, et salivation écumeuse, comme dans l'épilepsie. Si l'on n'a pas eu la précaution de dégager la langue d'entre les dents, elle peut être mordue d'une manière plus ou moins grave, et la salive est alors teinte de sang. Dans la majeure partie des cas, le pouls est accéléré, dur, concentré; quelquefois il est petit. La face n'est pas tuméfiée, comme dans l'apoplexie proprement dite; elle est plutôt pâle qu'injectée au début de l'accès; mais, au bout de quelque temps, des marbrures se dessinent, et certaines parties du visage se couvrent de plaques bleuâtres. Quand la femme éprouve des douleurs expulsives, qui donnent lieu à une excitation générale, la face est fort colorée, mais ce n'est qu'après un certain laps de temps qu'on voit survenir les marbrures.

La durée des convulsions varie à l'infini Tantôt elles cessent instantanément, tantôt elles se prolongent trois, quatre, cinq, dix minutes, ou un quart d'heure;

rarement durent-elles davantage, car il ne faut pas, comme on le fait souvent, les confondre avec l'état comateux qui y succède. Nous avons vu des femmes rester trois ou quatre jours en proie à des convulsions; mais celles-ci n'étaient pas continues; elles se suspendaient de demi-heure en demi-heure, pour revenir ensuite.

Le mode de terminaison n'offre pas moins de variétés que la durée. Il arrive souvent qu'une femme éprouve un accès de convulsions, soit pendant le cours de la grossesse, soit durant le travail ou immédiatement après, et que l'accident disparaît de lui-même. Quelquefois aussi les convulsions, après s'être succédé à des intervalles assez rapprochés, cessent entièrement; mais ce cas est rare. Chez certaines femmes, qu'elles soient ou non traitées, il survient des lésions plus ou moins profondes des sens. On a vu succéder aux convulsions une cécité momentanée ou une paralysie plus ou moins étendue. Nous avons soigné une femme qui, accouchée depuis une quinzaine de jours, était restée sans connaissance, hémiplégique et muette; malgré tous les secours qu'on lui prodigua, elle traîna une existence misérable, et, au bout de huit mois, elle finit par succomber. La mort ne se fait pas toujours attendre si long-temps; elle arrive quelquefois d'une manière subite.

Le plus ordinairement on ne découvre, à l'ouverture des corps, aucune lésion appréciable, aucune trace d'injection ou d'altération de tissus. Cependant, lorsque la femme succombe pendant le premier accès, on trouve quelquefois les vaisseaux du cerveau distendus par le sang, la substance de ce viscère sablée, injectée,

et ses cavités remplies d'une sérosité plus ou moins abondante.

Le pronostic doit porter et sur le fœtus et sur la mère. Il n'y a pas pour le fœtus de cause de mort plus fréquente que les convulsions qui surviennent pendant le cours de la grossesse. Son existence peut également être compromise quand ces convulsions éclatent vers la fin de la gestation ou durant le travail. Mais, toutes choses égales d'ailleurs, l'accident est moins grave lorsqu'il se manifeste à une époque déjà avancée du travail, où l'on peut intervenir d'une manière utile. Quant à la mère, bien du vague existe dans les auteurs relativement à la question de savoir quels dangers elle peut courir durant les accès qui surviennent lorsque le travail a commencé; on a cru ne pouvoir mieux faire que de dresser des relevés statistiques. Les uns ont dit qu'il périssait les deux tiers des femmes, d'autres la moitié, ou même seulement le quart. Suivant nous, il y a des distinctions fondamentales à établir sous le point de vue du pronostic; car la gravité des convulsions varie suivant qu'elles sont ou non accompagnées de la perte de connaissance. En général, nous avons vu se rétablir les femmes chez lesquelles il ne survenait pas d'état comateux, quelque multipliés d'ailleurs qu'eussent été les accès; mais, dans le cas inverse, on doit s'estimer heureux de ne perdre que la moitié ou le tiers des malades. Néanmoins il y a des circonstances qui renversent tous les calculs de probabilités. Dans certaines années, nous avons perdu, M. Girardin et moi, presque toutes nos malades à l'hospice de la Maternité; tandis que, dans d'autres années, la mortalité n'a pas dépassé une ou deux sur

dix. Il y a donc impossibilité d'établir aucune règle générale par rapport au pronostic. Toutefois, il est d'autant plus grave, qu'un laps de temps plus long s'écoule avant le retour à la connaissance; car c'est là l'annonce d'un trouble considérable dans le système cérébro-spinal : aussi Mauriceau vouait-il à une mort inévitable les femmes qui éprouvent des convulsions avec perte de connaissance pendant la durée du travail.

Le traitement doit nécessairement varier suivant les circonstances particulières où se trouve la femme. Quand les convulsions se manifestent pendant le cours de la grossesse, à une époque où rien n'annonce que le travail soit prochain, on devra se borner à l'emploi des moyens généraux. Lorsqu'au contraire elles surviennent vers la fin de la grossesse, et surtout pendant la durée du travail, on doit terminer l'accouchement aussitôt qu'il y a possibilité de le faire. Mais on n'est pas toujours maître de procéder dès que les convulsions se déclarent; il faut auparavant placer la femme dans des conditions telles, qu'il puisse y avoir des chances de succès pour elle et pour l'enfant, ce qui oblige de combattre les convulsions par toutes sortes de moyens. Les principaux peuvent être rapportés aux antiphlogistiques, aux calmans, aux narcotiques, aux révulsifs et aux dérivatifs.

Suivant nous, les antiphlogistiques sont les moyens par excellence, ceux qu'on doit mettre en usage de prime-abord; car les convulsions affectent spécialement les femmes fortes et pléthoriques. Parmi ces moyens, la saignée occupe le premier rang. De grandes discussions se sont établies pour savoir quelle veine

il convient d'ouvrir en pareil cas. Pendant un certain temps on a préféré la jugulaire. Il est bien certain que cette saignée doit avoir plus d'effet que les autres, en ce qu'étant plus rapprochée du siége de la congestion, elle diminue plus directement la masse du sang dans l'organe affecté. Cependant elle est loin de réunir les avantages qu'au premier aperçu elle semblerait promettre; car elle oblige à établir, avant et après, une compression qui ne peut manquer de nuire en gênant le retour du sang des parties supérieures au cœur, sans compter les graves accidens auxquels expose l'introduction de l'air dans le vaisseau. Une autre considération encore doit engager à la rejeter entièrement : c'est qu'il faut ici avoir égard au moral de la femme; or, supposons que celle-ci revienne à elle après avoir subi une saignée de la jugulaire; on ne pourra dissimuler qu'on lui a fait une opération pendant son état de convulsions; elle croira s'être trouvée dans un cas très grave, et la seule frayeur du danger passé pourra suffire pour rappeler les accidens.

Dès la plus haute antiquité, on a eu recours à la saignée du pied. Hippocrate et Galien la conseillaient; Mauriceau la préférait à celle du bras, et, quand elle ne réussissait pas, il attribuait l'insuccès à ce qu'elle n'avait point été assez abondante. Evrat l'affectionnait aussi beaucoup, et en obtenait des succès inespérés. Cependant il n'est pas toujours facile de la pratiquer. Si la femme éprouve des mouvemens convulsifs très forts, si elle se trouve dans un état de roideur, il pourra être impraticable de lui plonger le pied dans l'eau chaude pour déterminer le gonflement de la veine saphène. De plus, chez les personnes infiltrées ou grasses, cette

veine est recouverte d'une couche épaisse de tissus qui empêchent d'arriver jusqu'à elle. Ajoutons que quand on saigne du pied, on n'est jamais sûr de la quantité de sang qu'on retire; quelquefois le sang coule mal, soit qu'on ait manqué le vaisseau, soit que l'état convulsif s'étende jusqu'à lui, question que nous n'avons pas encore pu résoudre. Un jour, que nous étions auprès d'une jeune fille en travail, elle fut prise de convulsions à la nouvelle inopinée que le père de son enfant ne voulait point le reconnaître; nous ouvrîmes successivement les deux veines saphènes sans obtenir de sang, et nous fûmes obligé de pratiquer une saignée du bras; mais nous avions négligé de panser les petites plaies des jambes, et notre surprise ne fut pas médiocre d'en voir jaillir le sang. Nous ne pûmes expliquer ce phénomène qu'en admettant que le spasme s'était étendu jusqu'aux veines, ou que les contractions des muscles plantaires et des muscles profonds de la jambe avaient mis obstacle au passage du sang à travers les vaisseaux. Néanmoins, quand les circonstances permettent de recourir à la saignée du pied, il ne faut pas craindre de le faire.

La saignée du bras a surtout été préconisée par Baudelocque, soit comme moyen prophylactique, soit comme moyen curatif. Mais convient-il de saigner modérément, sauf à y revenir? Les opinions sont partagées à cet égard. Evrat recommandait de tirer largement du sang, et Alphonse Leroy considérait la saignée comme l'ancre de salut de la femme. En effet, jamais les femmes ne sont plus qu'en ce moment dans des conditions favorables pour la supporter. Cependant il faut en tout une mesure, et faire couler le sang en trop

grande abondance pourrait rendre impossible l'établissement d'une réaction salutaire. Le mieux est de faire une première saignée copieuse, et, si l'on n'obtient pas un succès complet, on en pratique d'autres moins fortes, à des intervalles plus ou moins rapprochés, en prenant toujours l'état du pouls pour guide.

Les émissions sanguines locales ne conviennent qu'autant que les convulsions ont succédé à une hémorrhagie abondante, ou quand, surtout chez une femme lymphatique, l'état comateux persiste pendant l'intervalle des accès, bien qu'on ait usé assez largement de la saignée proprement dite. Il peut alors y avoir de l'avantage à poser des sangsues aux apophyses mastoïdes, et peut-être aussi autour des malléoles.

Outre les saignées, on a préconisé les bains. Ils sont tout à la fois antispasmodiques et antiphlogistiques; c'est donc le cas de les employer. Nous croyons que les bains tièdes, d'une température plutôt fraîche que chaude, sont ceux qui méritent la préférence; car les bains chauds exposeraient à augmenter la congestion vers la tête, et les convulsions. Mais il ne faut jamais recourir à ce moyen qu'après avoir pratiqué une ou plusieurs saignées. Quand la femme sera dans le bain, on pourra retirer un grand avantage des affusions ou plutôt des lotions sur la tête et la figure, avec une éponge imbibée d'eau froide sortant du puits. Nous préférons ces lotions à l'application de la glace sur la tête, qui expose à une réaction trop vive si on ne la prolonge pas assez long-temps, ou, dans le cas contraire, est susceptible de faire tomber la femme dans un état de collapsus dont on aurait ensuite de la peine à la tirer. Il est bien difficile de saisir le juste milieu

entre ces deux extrêmes; l'habitude seule de voir des malades apprend à connaître la limite en-deçà de laquelle on doit s'arrêter. On peut retirer de bons effets de l'emploi simultané des bains et de la saignée dans les convulsions qui surviennent pendant le cours de la grossesse et durant le travail, surtout à son début; cependant l'indication est alors moins pressante.

On a beaucoup vanté, dans les convulsions, les antispasmodiques, les calmans, les narcotiques. Ces moyens peuvent offrir de l'utilité quand on les emploie à titre de prophylactiques; mais, une fois les convulsions établies, ils ne sauraient atteindre le but. Si les médecins qui les ont conseillés avaient assisté à leur administration, ils se seraient convaincus que, dans l'immense majorité des cas, il y a impossibilité de faire avaler une seule goutte de liquide aux malades. Quand les convulsions ont lieu, elles envahissent non seulement les muscles soumis à l'empire de la volonté, mais encore ceux qui ferment l'orifice de l'arrière-gorge; la déglutition ne peut donc point s'exécuter, et si la glotte n'était pas close, il pourrait arriver qu'une certaine quantité de liquide, s'introduisant dans le larynx, déterminât des suffocations capables d'ajouter encore à l'intensité des mouvemens convulsifs.

Si nous proscrivons les narcotiques et les calmans à l'intérieur, nous les recommandons à l'extérieur, pour prévenir les convulsions. C'est surtout dans ce cas qu'il convient de porter à l'orifice du col utérin les préparations d'opium, de jusquiame et de belladone dont nous avons parlé ailleurs.

Les révulsifs, tant à l'extérieur qu'à l'intérieur, ont eu une grande vogue. Au rang des premiers, on a placé

les bains de pieds sinapisés. Mais l'état convulsif s'oppose souvent à ce qu'on les emploie, et la rigidité des membres est souvent portée si loin, qu'on les briserait plutôt que de les faire fléchir. Si les circonstances permettaient d'y recourir, nous ne doutons pas qu'ils ne pussent présenter certains avantages.

Quant aux vésicatoires, quelques personnes, madame Lachapelle entre autres, ont remarqué qu'au lieu de produire de bons effets, ils entraînaient des inconvéniens. Nous les avons vu souvent appliquer, à l'hospice de la Maternité, soit aux cuisses, soit au cou, lorsque les saignées ne réussissaient pas, et nous n'avons pas observé qu'ils exerçassent une influence avantageuse sur les convulsions.

Les sétons à la nuque sont un moyen trop énergique; ils ne pourraient qu'exaspérer encore davantage la sensibilité, qui, dans les convulsions, est déjà portée bien au-delà de son rhythme ordinaire. D'ailleurs ce n'est pas une chose agréable pour les femmes que de conserver des cicatrices à la peau.

A tous ces moyens nous préférons les dérivatifs portés sur le canal intestinal, lorsque toutefois l'état de cet organe n'en contre-indique pas l'emploi. On peut alors administrer des lavemens préparés avec le séné ou des sels purgatifs, comme le sulfate de potasse, celui de soude, etc.

Les Anglais accordent une grande confiance aux laxatifs, et surtout au calomélas. Dans ces derniers temps, nous y avons eu recours, de concert avec MM. Paul Dubois et Girardin; mais il nous serait impossible de dire positivement si la cessation des convulsions fut due aux évacuations alvines, d'abord parce

que ces moyens n'ont pas été employés seuls, et ensuite parce que nous avons guéri un grand nombre de malades sans faire usage du calomélas. Toutes les fois que les saignées, plus ou moins répétées, suivant la force du sujet, les dérivatifs administrés par la voie du canal intestinal, les bains tièdes, les lotions froides sur la figure et les boissons tempérantes, ne réussissant pas, nous avons voulu tenter d'autres moyens plus actifs, nous n'en avons pas moins vu les femmes succomber. Nous ne dirons rien du musc, du castoréum et d'autres médicamens usités en pareil cas chez les Anglais, parce que nous n'avons point d'opinion arrêtée à leur égard : seulement nous pensons que, dans les cas désespérés, il vaudrait encore mieux expérimenter un moyen douteux que de rester spectateur oisif.

Il est une mesure que nécessitent plus ou moins impérieusement les convulsions, c'est la terminaison de l'accouchement. Mais pour cela il faut que le col utérin soit suffisamment dilaté ou dilatable, et qu'il permette d'introduire la main afin d'extraire l'enfant par le moyen de la version ou du forceps, ce qui n'a pas toujours lieu. On doit donc chercher à placer la femme dans des conditions avantageuses pour que l'accouchement puisse se faire avec les chances de succès pour elle et l'enfant. Quand il faut agir sur le col de l'utérus, si la rigidité de cet organe s'y oppose, on peut tirer un grand secours des applications narcotiques locales. Le conseil a été donné de rompre les membranes, afin d'opérer la déplétion de l'utérus, et pour diminuer la compression que cet organe exerce sur l'aorte, compression qui gêne la circulation. Ce moyen semble bon en théorie. Il ne doit cependant pas être employé in-

considérément ; car si l'on se hâte de rompre les membranes avant que le col soit dilaté ou dilatable, on force bien l'utérus à revenir sur lui-même, on détermine des contractions énergiques, mais on se prive d'une ressource qui pourra devenir indispensable pour terminer l'accouchement. Il ne faut donc recourir à cette rupture que quand la dilatation est assez avancée pour permettre à la tête de s'engager, c'est-à-dire quand elle a dépassé le diamètre d'une pièce de cinq francs.

On a signalé, parmi les causes qui nécessitent quelquefois l'intervention de l'accoucheur, le resserrement spasmodique du col utérin sur le col du fœtus. Nous n'avons jamais observé cette particularité; sans nier qu'elle puisse se présenter, nous croyons qu'elle doit être fort rare, surtout après que la tête a franchi l'ouverture de la matrice. Baudelocque en cite un exemple. Les contractions étaient si violentes dans ce cas, que, bien qu'on eût écrasé la tête avec le forceps, on éprouva cependant de grandes difficultés pour vaincre la résistance que le col opposait à sa sortie, et qu'on fut obligé de retourner le fœtus pour aller chercher les pieds. Ces contractions spasmodiques appartiennent plutôt à l'orifice interne qu'à l'orifice externe du col, et elles se manifestent surtout quand on a été obligé de recourir à l'accouchement forcé, comme dans le cas de perte utérine ou autres accidens analogues.

ARTICLE V.

SYNCOPES.

Une femme peut éprouver des syncopes dans le cours du travail et à des intervalles plus ou moins rap-

prochés. Ces syncopes dépendent presque toujours d'un état de faiblesse générale ou d'épuisement ; mais elles se rattachent aussi quelquefois à des causes accidentelles qu'on ne saurait reconnaître pendant la vie. Baudelocque cite à ce sujet l'exemple d'une femme qui, après de grandes agitations convulsives de son enfant dans le commencement du travail de l'accouchement, éprouva de fréquentes défaillances, suivies de vomissemens et de diarrhée, et mourut environ quinze heures après, sans être délivrée. A l'ouverture du corps, on trouva l'épiploon adhérent à la partie inférieure et latérale droite de l'utérus, en sorte qu'à chaque contraction de ce dernier viscère, l'estomac et l'arc du colon devaient éprouver des tiraillemens. Dans tous les cas, l'indication est de terminer l'accouchement.

ARTICLE VI.

LÉSIONS ORGANIQUES DIVERSES.

Si la femme était affectée d'un anévrysme des gros vaisseaux, d'un asthme, d'un hydrothorax, d'une ascite, d'une tumeur volumineuse dans l'abdomen, et qu'il y eût menace de rupture ou de suffocation, on conçoit qu'il ne faudrait pas la laisser se livrer à des efforts aussi considérables que ceux qu'exige le travail de l'enfantement. A plus forte raison devrait-on hâter l'accouchement si la mère portait une hernie irréductible, dont les efforts pourraient déterminer l'accroissement, ou même l'étranglement.

CHAPITRE II.

ACCIDENS DU CÔTÉ DU FOETUS QUI PEUVENT RENDRE L'ACCOUCHEMENT ARTIFICIEL.

Les accidens du côté du fœtus qui nécessitent l'intervention de l'art sont l'issue prématurée ou le prolapsus du cordon ombilical; la brièveté de ce cordon, qu'elle soit naturellement accidentelle, comme quand elle dépend de son entortillement autour du corps du fœtus ou de quelqu'une de ses parties; enfin la présence dans l'utérus de plusieurs fœtus, dont l'un s'interpose au-devant de l'autre, de manière à gêner sa progression. Nous ajouterons qu'il y a certains cas dans lesquels des circonstances spéciales obligent de modifier les présentations ou les positions du fœtus.

ARTICLE PREMIER.

ISSUE OU PROLAPSUS DU CORDON OMBILICAL.

Le cordon ombilical peut s'échapper de l'utérus avant qu'aucune partie du fœtus soit encore sortie, ou après qu'une partie de ce dernier s'est déjà engagée dans l'orifice. Cet accident n'est pas très commun; car madame Lachapelle ne l'a observé que 41 fois sur 15,652 accouchemens à l'hospice de la Maternité; dans 34 cas, le cordon était seul, et dans 7 il était accompagné d'un membre. Cependant on remarque de si prodigieuses différences dans les indications des divers auteurs, qu'il n'y a pas moyen de songer à établir une proportion quelconque à cet égard.

La longueur insolite du cordon est assurément une circonstance qui doit contribuer à en favoriser le pro-

lapsus. Mais cet accident peut dépendre aussi de la grande abondance des eaux de l'amnios, dont le flot, dans le cas d'une rupture brusque des membranes, entraîne une anse du cordon au moment où il fait irruption au-dehors. Nous pensons néanmoins qu'il tient le plus souvent à certaines présentations vicieuses du fœtus, comme une obliquité quelconque de sa tête ou de la totalité de son corps. Il peut également reconnaître pour cause le peu d'énergie des contractions utérines, lorsqu'elles sont trop faibles pour presser fortement la tête contre l'ouverture du détroit supérieur.

Ce n'est pas de nos jours seulement que l'attention des accoucheurs s'est portée sur l'issue prématurée du cordon. Mauriceau, Amand, Delamotte, etc., la regardaient déjà comme un événement grave. A la vérité, elle n'apporte aucune difficulté à l'accouchement en lui-même, mais elle compromet l'existence du fœtus; la compression que le cordon éprouve alors y interrompt la circulation, et le fœtus, ne communiquant plus avec sa mère, périt, que ce soit par apoplexie, syncope ou asphyxie, car chacune de ces trois hypothèses compte un certain nombre de partisans.

La conduite à tenir varie suivant l'époque du travail à laquelle l'accident arrive, la partie du fœtus qui se présente, et l'état du cordon lui-même.

Si le fœtus est encore contenu en totalité dans l'utérus, il faut refouler le cordon au-dessus de la partie qui se présente. Quand cette partie est la tête, on passe deux doigts entre elle et le col utérin; puis, soutenant l'anse avec le bout du doigt, on la fait remonter peu à peu; la tête venant ensuite à glisser, le cordon reste dans l'utérus, et l'accouchement peut se terminer sans

accident. Mais il faut pour cela que les contractions utérines aient lieu, sans quoi la procidence manque rarement de se reproduire; en conséquence, on maintient la main dans le vagin jusqu'à ce que quelques douleurs successives aient assez fait avancer la tête pour rendre désormais la chute du cordon impossible. Ce moyen vaut mieux que de mettre, comme le voulait Mauriceau, un morceau de linge bien doux entre le côté de la tête et l'utérus, pour *étouper* l'endroit par où le cordon était tombé, boucher la voie, et prévenir la récidive de l'accident. Les mêmes précautions doivent être observées dans le cas de présentation des fesses, au-dessus desquelles on ramène également le cordon, en le maintenant jusqu'au retour des contractions. Nous ne pensons pas qu'il convienne de porter la main entière dans l'utérus afin de pouvoir accrocher l'anse ombilicale sur l'un des membres du fœtus, comme l'a prescrit M. Croff, car la version serait évidemment préférable à cette manœuvre. Les divers instrumens qu'on a proposés, et qui ne sont que des imitations de la béquille de Burton, dont nous parlerons ailleurs, nous semblent inutiles aussi.

Si déjà le fœtus s'est engagé dans le col utérin, et surtout dans l'excavation pelvienne, on ne doit plus songer à la réduction. La seule chose à faire alors, c'est d'éviter la compression du cordon. Divers moyens ont été proposés pour remplir cette indication. Ossiander et Siebold voulaient qu'on portât à l'orifice de l'utérus une éponge sur l'un des côtés de laquelle on aurait pratiqué une échancrure pour loger l'anse du cordon. Ces praticiens ne s'étaient point aperçus que, l'éponge étant compressible, elle ne pouvait s'opposer ni au res-

serrement du col ni à la pression de la tête, et qu'elle ne faisait qu'ajouter aux chances de compression. Si l'on en croit Denman, Mackensie imagina une fois de sortir autant de cordon qu'il était possible de le faire avec facilité, d'enfermer la masse entière dans une petite bourse en cuir mollasse, close par un cordon, et de remonter le tout au-dessus de la tête, pour l'y maintenir jusqu'à ce que celle-ci fût expulsée; mais ce moyen bizarre, dont on ne conçoit pas le but quand le cordon peut être reporté et maintenu par la main au-dessus de la tête, ne réussit pas, même à son inventeur, dans d'autres circonstances où il tenta de l'employer. Le seul procédé efficace consiste à porter le cordon vers le point de la circonférence du bassin où il éprouve le moins de compression. Ce point est ordinairement l'une des symphyses sacro-iliaques, celle que n'occupe pas le front ou l'occiput; on y refoule le cordon. Ainsi, supposons une position occipito-cotyloïdienne gauche, ce sera vers la symphyse sacro-iliaque gauche qu'il conviendra de placer ce dernier. Puis, quant à la conduite ultérieure à tenir, elle devra varier suivant l'état de la femme. Si celle-ci est primipare, on ne s'en fiera pas aux seuls efforts de la nature, car alors, la compression étant trop forte, elle entraînerait la mort du fœtus. On se hâtera donc d'appliquer le forceps, et de terminer l'accouchement. Nous fûmes appelé un jour auprès d'une femme en travail, chez laquelle une anse du cordon s'était présentée au moment de la rupture de la poche, la dilatation étant complète. Nous reconnûmes que la délivrance ne se ferait pas attendre long-temps; mais, craignant pour les jours de l'enfant, nous envoyâmes chercher un forceps;

avant qu'il fût arrivé, et, en moins de dix minutes, l'accouchement eut lieu, après deux ou trois douleurs; mais l'enfant expira presque aussitôt, bien que le cordon eût offert des pulsations. Une autre fois nous fûmes plus heureux chez une femme qui accouchait pour la neuvième fois; l'enfant vint mort en apparence, mais nous parvînmes à le ranimer. Il faut donc appliquer le forceps en pareil cas. Si le fœtus se présentait par les fesses, et que ces parties ne fussent pas suffisamment engagées, on devrait aller chercher les pieds, Si le fœtus était situé dans une position transversale, il n'y aurait non plus qu'à opérer la version.

Dans le cas où le cordon, ayant fait irruption à travers les parties externes de la génération, n'offrirait point de battemens, qu'il serait flasque et froid, la mort du fœtus étant, sinon assurée, du moins extrêmement probable, il n'y aurait d'autres indications à remplir que celles qui résulteraient de la position de ce dernier.

ARTICLE II.

BRIÈVETÉ ET ENTORTILLEMENT DU CORDON OMBILICAL.

La brièveté absolue ou naturelle du cordon ombilical, dont on connaît plusieurs exemples bien authentiques, doit nécessairement, lorsqu'elle est trop considérable, mettre obstacle à l'accouchement. Elle peut exposer la mère à des accidens et mettre la vie du fœtus en danger. Mais, l'art ne possédant aucun moyen de la reconnaître d'avance, elle ne saurait jamais être une source d'indications.

On en doit dire autant de la brièveté relative ou accidentelle du cordon, qui tient à son entortillement au-

tour du corps du fœtus. De quelque sagacité que l'accoucheur soit doué, il lui est impossible, avant que la tête ou toute autre partie ait franchi les organes externes de la génération, de savoir si cette particularité a lieu ou non. Mais, après la sortie partielle du fœtus, il se présente des indications spéciales à remplir.

Quand le fœtus arrive avec le cordon roulé autour du cou, les uns veulent qu'on abandonne le reste du travail aux seuls efforts de la nature; les autres prescrivent d'allonger l'anse par de légères tractions et de la faire passer par-dessus la tête.

Le premier de ces préceptes ne doit pas être suivi. Pendant long-temps nous avons cru que l'entortillement du cordon n'était pas une circonstance capable de compromettre l'existence du fœtus, parce qu'en effet nous n'en avions jamais vu résulter d'accident, bien qu'à la vérité nous cherchassions toujours à y porter remède. Mais voici un fait dont nous fûmes témoin, et qui nous prouva qu'il faut agir. Une femme était à son troisième enfant, et les douleurs marchaient avec rapidité. En notre absence, on avait appelé un médecin du voisinage, étranger aux accouchemens, qui laissa les choses aller d'elles-mêmes, bien qu'il vît le cordon roulé autour du cou; le travail fut terminé en quelques minutes; l'enfant était mort; nos soins les plus empressés ne purent le ranimer, quoique nous fussions arrivé au moment même où il franchissait la vulve.

Si le cordon ne décrit qu'une circulaire autour de l'enfant, on cherche à allonger l'anse, et à la faire glisser de la région postérieure du corps sur l'antérieure. Echoue-t-on, il ne faut pas s'obstiner à tirer sur le cordon, car on pourrait le rompre, ou déchirer soit

l'ombilic, soit le placenta, ce qui entraînerait les plus graves inconvéniens. Ce qu'il y a de mieux à faire alors, c'est de le couper, de froisser le bout qui tient au fœtus, pour empêcher l'hémorrhagie, et de terminer le plus promptement possible l'accouchement, en portant dans la vulve, le long de la partie postérieure du fœtus, vers le creux du bras correspondant à la concavité du sacrum de la mère, deux doigts dont on se sert en manière de crochet.

ARTICLE III.

PRÉSENCE DE PLUSIEURS FOETUS.

La présence simultanée de plusieurs fœtus dans l'utérus n'entraîne pas toujours la nécessité que l'accoucheur intervienne pour débarrasser la mère. La nature parvient quelquefois à opérer seule la délivrance; mais, dans la majeure partie des cas, les secours de l'art sont indispensables. Nous ne faisons que signaler ici ce point, sur lequel nous reviendrons plus amplement lorsque nous traiterons des anomalies dans le produit de la grossesse.

ARTICLE IV.

DES CAS OU IL Y A LIEU DE MODIFIER LES PRÉSENTATIONS OU LES POSITIONS DU FOETUS.

Quelquefois, dans les accouchemens qui paraissent devoir se faire de la manière la plus naturelle, la tête du fœtus étant bien située et plongée dans l'excavation pelvienne, les mouvemens ne s'exécutent pas convenablement. Si, dans ce cas, on abandonnait la femme à ses propres efforts, ce ne serait souvent qu'avec beaucoup de peine qu'elle parviendrait à accoucher, après que les

parties intérieures du bassin auraient été exposées à des contusions ou à des déchirures.

Nous avons vu que, dans la position occipito-ilium antérieure gauche ou droite, il arrivait parfois que, la tête de l'enfant étant arrivée dans l'excavation pelvienne, elle conservait sa position diagonale, au lieu d'exécuter le mouvement de rotation en vertu duquel l'occiput doit être ramené vers la symphyse pubienne, et que, même dans certaines conditions, on la voyait franchir ainsi les parties externes de la génération. C'est ce qui a fait dire à M. Gerdy que, dans beaucoup de cas, le mouvement de rotation de la tête n'était pas indispensable pour que l'accouchement pût se terminer par les seuls efforts de la nature. Le fait est vrai; seulement M. Gerdy a pris l'exception pour la règle. Il est nécessaire que ce mouvement ait lieu pour que l'accouchement se termine bien. A la vérité, quand le bassin est large et que les parties dont se compose la tête de l'enfant offrent peu de résistance, il peut arriver que, par l'effet de contractions énergiques, la tête franchisse plus ou moins obliquement l'excavation pelvienne, en conservant une position diagonale; mais les choses ne se passent point toujours ainsi, et souvent on est obligé d'intervenir.

Supposons un cas où la tête se dégage avec lenteur, dans une position occipito-cotyloïdienne gauche, et où elle conserve sa situation diagonale au détroit périnéal; il faut, pendant l'intervalle des douleurs, introduire deux ou trois doigts de la main droite entre elle et les parties correspondantes du bassin, c'est-à-dire au-devant de la symphyse sacro-iliaque gauche, et profiter de la rémission des douleurs pour lui imprimer une déviation

telle que l'occiput soit ramené derrière la symphyse des pubis : on maintient les doigts en place jusqu'à ce que les contractions reparaissent, et quelquefois alors la tête exécute son mouvement de redressement. Nous disons quelquefois, parce qu'il y a des choses qui semblent faciles en théorie, et qu'on ne peut pas toujours accomplir dans la pratique. Souvent il arrive, surtout si la femme est primipare, qu'après qu'on a introduit les doigts, la tête tend à se plonger, et qu'on est obligé de pousser avec tant de force, que les douleurs qui en résultent pour l'accoucheur et pour la femme obligent à lâcher prise, de manière que la tête regagne le point où elle était avant la tentative. Mais il faut revenir à la charge sans se décourager; avec du temps et de la patience, on parvient à ramener l'occiput sous la symphyse pubienne. Bien entendu que si la tête se plongeait dans la position occipito-cotyloïdienne droite, il faudrait introduire les doigts de la main gauche, et lui faire exécuter un mouvement inverse du précédent.

On a encore donné le conseil, quand la tête se présente dans l'une des deux positions fronto-cotyloïdiennes, et qu'elle a par conséquent plus d'un quart de cercle à décrire pour revenir sous la symphyse, de porter la main dans l'utérus, au moment même de la rupture de la poche des eaux, et de chercher à modifier la position de la tête en la saisissant, soit avec la main droite, s'il s'agit d'une position fronto-cotyloïdienne gauche, soit avec la gauche si la position est fronto-cotyloïdienne droite, et lui imprimant un mouvement de rotation qui ramène l'occiput d'arrière en avant. Ce procédé est bon sur le mannequin, mais il ne convient pas sur la femme. En effet, pour que le fœtus ou la

mère ne coure aucun risque, il faut que le mouvement de rotation imprimé à la tête se communique non seulement à la colonne cervicale, mais encore au dos du fœtus, qui doit tourner sur son axe; or il n'est pas difficile de luxer les vertèbres pendant cette manœuvre. Nous croyons donc qu'on doit s'abstenir d'agir en pareil cas, et qu'il faut s'en rapporter à la nature. Si, par exemple, la tête s'engageait dans une position fronto-cotyloïdienne gauche, on la laisserait descendre dans l'excavation pelvienne, puis, quand elle serait arrivée, ou à peu près, si l'on jugeait qu'il y eût possibilité de ramener l'occiput en avant, on devrait agir de concert avec les efforts de l'utérus, en plaçant deux ou trois doigts de la main gauche dans la concavité du sacrum, ou au niveau de la symphyse sacro-iliaque gauche; puis, à mesure que la tête s'engagerait, on lui ferait exécuter un mouvement de rotation de droite à gauche, pour ramener l'occiput vers la symphyse, mais graduellement et lentement, afin que le tronc pût se tourner aussi. On se comporterait de même si la position était fronto-cotyloïdienne droite, avec cette différence qu'on placerait les doigts de la main droite dans la concavité du sacrum, de manière à ramener l'occiput de gauche à droite. Mais, nous le répétons, cette tentative ne doit être faite que quand la tête est plongée dans l'excavation pelvienne, et même alors elle échouerait si le mouvement n'avait pas déjà de la tendance à s'effectuer.

Toutes les fois que, dans les présentations de la face ou des parties latérales de la tête, on rencontre l'une des deux positions que nous avons assignées, le mieux, comme nous l'avons dit, est de laisser la tête s'engager

ainsi. Il y a cependant un cas où nous conseillons d'intervenir, c'est quand la rupture de la poche des eaux s'est effectuée après la dilatation complète. On peut alors porter la main dans l'intérieur de l'utérus, pour refouler le menton ou la tête. Mais si la rupture de la poche avait été prématurée, il faudrait s'abstenir de cette manœuvre, qui pourrait entraîner la déchirure des parois utérines, ainsi que nous en avons été témoin une fois.

Quand l'indication permet de tenter le redressement de la face dans la position mento-ilium droite, on introduit la main droite en supination le long de la concavité du sacrum, on dirige les doigts entre le côté gauche du fœtus et la partie correspondante du bassin, on place le pouce sur le côté droit de la tête, et on refoule celle-ci de manière à relever le menton. Il y a ici deux manières de procéder : si l'on a introduit la main droite, on doit tâcher d'abaisser l'occiput, puis de le ramener de manière à faire exécuter un mouvement de flexion sur la poitrine ; on convertit ainsi la position en l'une des deux occipito-ilium droite ou gauche, et l'accouchement se fait. Mais il faut que la tête du fœtus soit libre au-dessus du détroit abdominal, car si elle était engagée dans ce détroit, il y aurait impossibilité d'en opérer le redressement, à moins qu'elle ne fût petite, auquel cas la redresser serait chose inutile. Si, au contraire, on veut agir sur le menton, on introduit seulement deux doigts de la main gauche, qu'on porte d'abord sur cette partie, ensuite sur les côtés du nez; manœuvre difficile à exécuter, quoi qu'on en dise, les parties étant si glissantes qu'on ne parvient pas toujours à déterminer le mouvement de flexion ; on ter-

mine en agissant sur le front, pour redresser la face. Mais si cette tentative n'était point couronnée de succès, il ne faudrait pas s'obstiner, autrement on ferait plus de mal que de bien.

Dans la position mento-ilium gauche, si l'on veut agir sur l'occiput, on porte la main gauche sur la partie latérale droite et le pouce sur la partie latérale gauche, puis on refoule la tête, et on cherche à la redresser. Si, au contraire, on se propose de déterminer la flexion du menton, c'est avec les deux doigts de la main droite qu'on doit le faire.

Dans les présentations des parties latérales de la tête, ordinairement il suffit de remédier à l'obliquité de l'utérus; si l'on n'arrivait pas au but en prescrivant une position convenable à la femme, on pourrait introduire la main, droite ou gauche, en supination, écarter un ou deux doigts, et profiter de l'intervalle des douleurs pour soulever la tête et la ramener en avant; dès qu'elle serait éloignée de l'angle sacro-vertébral, on chercherait à la redresser.

Quant aux présentations obliques ou inclinées des fesses, elles ne présentent aucune indication spéciale à remplir. Si l'on se décidait alors à introduire la main dans l'utérus, on aurait si peu de chemin à faire pour trouver les pieds, qu'il vaudrait mieux suivre les préceptes que nous donnerons plus tard, en décrivant la version. Les présentations obliques ou indirectes des genoux ou des pieds sont les seules dans lesquelles il y aurait quelque chose à tenter. Ainsi, on voit quelquefois l'un des deux pieds se placer dans l'excavation pelvienne, tandis que l'autre sort : on doit alors laisser agir la nature, et le premier pied finit par arriver au-

dehors. Si c'était un genou qui se présentât dans cette position, on se servirait du doigt comme d'un crochet.

SECONDE DIVISION.

DES ACCOUCHEMENS ESSENTIELLEMENT ARTIFICIELS, LA MÈRE ET LE FOETUS ÉTANT BIEN CONFORMÉS.

Les accouchemens que nous rangeons dans cet ordre sont ceux dont nous avons déjà parlé, sous le nom d'accouchemens accidentellement naturels, pour faire connaître le mécanisme suivant lequel ils s'opèrent, quand une réunion assez rare de circonstances permet qu'ils se terminent d'une manière spontanée. Le plus souvent, en effet, l'art est forcé d'intervenir et de pratiquer la version dans ces cas, qui comprennent les présentations du tronc.

Nous avons donc d'abord à exposer les indications qui peuvent naître des diverses présentations du tronc, puis à décrire les opérations auxquelles il faut recourir en pareil cas, c'est-à-dire la version et les applications de divers instrumens, notamment du forceps.

CHAPITRE PREMIER.

DE LA CONDUITE A TENIR DANS LES PRÉSENTATIONS DU TRONC.

I. Si le fœtus se présente par le plan antérieur du tronc, et que sa tête corresponde à la fosse iliaque gauche, il faut soulever le torse, passer la main sur son côté gauche, aller chercher les pieds, les saisir, et terminer l'accouchement comme dans la seconde position des pieds. Si la tête est située sur la fosse iliaque

droite, on introduit la main droite dans l'utérus, et, les pieds ramenés, on se comporte de même que dans la position occipito-ilium droite.

On est dans l'usage de rapporter ici les cas très fréquens où l'on voit apparaître à la vulve, soit une main, soit les deux mains, sans qu'il y ait présentation du plan latéral ou de l'épaule. On doit bien se garder alors de tirer sur la main, car il ne résulterait de là qu'un ralentissement du travail, et même presque toujours de fort graves accidens. Il ne faut pas non plus la refouler. L'indication est de reconnaître le côté de la tête qui se présente, et de placer les doigts de manière à empêcher que les mains du fœtus ne s'engagent davantage. Mais pour cela on est obligé de donner à ces dernières une direction qui leur permette de se ployer au-devant de la région antérieure du corps du fœtus; car si on les faisait glisser dans le sens de l'extension, ou de la région postérieure du tronc, on rencontrerait des obstacles, et l'on pourrait même donner lieu à la fracture du membre thoracique. La tête se présentant, on la reconnaît à la fontanelle, qui est le point auquel la main correspond. Supposons que la fontanelle postérieure se trouve en avant, l'accoucheur place sa main entre elle et la main du fœtus, et, au moment de la contraction, il soutient celle-ci; les contractions faisant avancer la tête, la petite main glisse d'elle-même sur la région antérieure, et vient se placer sur la partie latérale du tronc. S'agit-il d'une position fronto-cotyloïdienne droite ou gauche, on place ses doigts en arrière, et l'on ramène la tête en avant.

Il peut arriver encore que le bras entier se déploie à l'orifice de la vulve sans qu'il y ait pour cela présentation

de l'épaule; il convient alors de le refouler. Une femme atteinte d'une obliquité de l'utérus était à son huitième accouchement; le fœtus se présentait par le sommet appliqué sur la fosse iliaque gauche, le bras sur le côté gauche et la main à la vulve. Nous hésitâmes pour savoir si nous ferions la version; mais, nous étant aperçu que la tête était dans le voisinage du col, nous voulûmes ramener le fœtus à une présentation naturelle, et nous refoulâmes le bras, puis nous fîmes coucher la femme du côté opposé à l'obliquité de l'utérus, et, après deux heures de douleurs, nous vîmes la tête descendre au centre du détroit; l'accouchement se termina par les seuls efforts de la nature. On nous objectera peut-être qu'il eût été plus simple et plus expéditif d'opérer la version; assurément, mais le temps et la patience ne sont rien pour nous quand nous réussissons, et si à peine une fois sur deux nous perdons un enfant par ce moyen, c'est un assez bon résultat pour nous engager à y demeurer fidèle.

II. Les présentations du plan postérieur du fœtus n'étant, à proprement parler, que des déviations de celles des plans latéraux, elles rentrent parfaitement dans ces dernières, et n'offrent pas d'indications spéciales à remplir.

III. Quant à celles des parties latérales du tronc, que ce soit le côté du cou, le flanc ou la hanche qui s'offre à l'orifice, il faut opérer la version, et la manœuvre est la même que celle qui convient pour l'épaule correspondante.

1° Dans la première position de l'épaule droite (*Atlas*, pl. 51, fig. 1), la tête du fœtus est en rapport avec la fosse iliaque gauche, les fesses correspondent à

la fosse iliaque droite, mais sont plus ou moins élevées en haut et inclinées sur le côté droit de la femme, et le dos l'est aussi plus ou moins fortement en avant. Pour procéder à la recherche des pieds, il convient d'introduire la main droite, en état de supination, entre le tronc du fœtus et l'angle sacro-vertébral de la mère. Il ne faut pas, comme le faisaient les anciens, saisir l'épaule et lui imprimer un mouvement de rotation, pour la reporter de gauche à droite et en avant. Cette manœuvre est inexécutable sur la femme, surtout quand les eaux se sont écoulées depuis un certain laps de temps. En conséquence, on soulève le tronc, pour l'éloigner de l'orifice de l'utérus, on porte le dos en haut et en avant, vers la symphyse pubienne, on passe la main au-dessous de l'épaule droite, et l'on suit le côté droit du fœtus, pour arriver aux pieds, qui sont situés en haut, en arrière et à droite, au fond de l'organe; on les saisit, et on profite de l'absence des contractions pour leur faire exécuter le mouvement de rotation : bien entendu que si l'on éprouvait de la difficulté à opérer ce mouvement, il faudrait tâcher d'agir à l'extérieur avec la main gauche, en refoulant autant que possible la tête de bas en haut et de gauche à droite. Une fois la rotation effectuée et les pieds ramenés en première position, on termine l'accouchement comme dans cette position.

2° Dans la première position de l'épaule gauche, les rapports généraux du fœtus avec la mère sont les mêmes : il n'y a de différence que dans les rapports partiels. Ici, en effet, la tête est également dirigée vers la fosse iliaque gauche, et le pelvis à droite; mais les pieds, au lieu de regarder la partie postérieure de l'u-

térus, sont plus rapprochés de la partie antérieure. Le plan antérieur du fœtus regarde le ventre de la mère, et le plan postérieur son dos. Pour terminer l'accouchement, il faut introduire la main gauche, et la version est bien plus facile à opérer que dans le cas précédent, parce qu'il n'y a pas besoin d'imprimer un mouvement de rotation au tronc. On suit les parties latérales gauches pour arriver jusqu'aux pieds, qu'on saisit et qu'on amène à l'orifice de l'utérus, en pesant de l'autre main sur la tête, afin de favoriser la version. (*Atlas*, pl. 51, fig. 2.)

3° Dans la seconde position de l'épaule droite, les rapports généraux du fœtus avec la mère sont autres. La tête repose sur la fosse iliaque droite, les fesses sont en haut et à gauche, les pieds sont plus ou moins inclinés en avant, les épaules coupent toujours transversalement le bassin; l'acromion regarde la fosse iliaque droite, le creux de l'aisselle est tourné vers la fosse iliaque gauche, la clavicule correspond à la partie antérieure de la mère, et l'omoplate est dirigée en arrière. Il faut ici introduire la main droite en supination, soulever le tronc, éloigner l'épaule de l'orifice de l'utérus, la maintenir au-dessus du détroit abdominal à l'aide du poignet et de l'avant-bras, à mesure qu'on la repousse en haut, suivre successivement toutes les parties du côté droit du tronc pour arriver aux pieds, saisir ceux-ci, les amener à l'orifice, en même temps que la main gauche exerce une pression de haut en bas sur la fosse iliaque droite, et convertir cette position en première des pieds.

4° Enfin, dans la seconde position de l'épaule gauche, les rapports généraux de l'enfant ne diffèrent point de

ceux qui viennent d'être signalés; mais la région dorsale regarde en avant, et la région sternale en arrière. La version offre alors des difficultés comparables à celles de la première position de l'épaule droite. Il faut introduire la main gauche en supination, soulever l'épaule gauche, pousser un peu le tronc d'arrière en avant, de manière à reporter autant que possible le dos derrière la symphyse pelvienne, suivre le côté gauche pour se diriger vers les pieds, et, au moment où ceux-ci s'engagent, favoriser la version en refoulant la tête avec l'autre main placée sur la fosse iliaque droite de la mère, en même temps qu'on exerce des tractions légères et sans secousses pour ramener les pieds en seconde position. (*Atlas*, pl. 53, fig. 1 et 2.)

Il arrive assez souvent, dans les présentations de l'épaule, que le bras s'engage dans l'orifice, soit fléchi à demi, soit entièrement étendu, de manière qu'alors on sent, ou même on voit apparaître à la vulve, dans le premier cas, le coude, et dans le second la main; ce dégagement du bras a même lieu d'une manière presque constante dans les positions de l'épaule abandonnées à elles-mêmes. On reconnaît alors quelle est l'épaule qui se présente à la direction du coude ou de la main. Le coude est toujours incliné en sens inverse de la tête du fœtus, et l'avant-bras occupe aussi toujours le plan antérieur de ce dernier. Quant à la main, si on la violente pas, et qu'on l'abandonne à elle-même, elle conduit non moins aisément à cette connaissance, son dos regardant la face interne de la cuisse gauche de la mère et son pouce le pubis dans la première position de l'épaule gauche, son dos la cuisse droite, et son pouce le coccyx dans la seconde,

d'où l'on déduit sans peine la situation qu'elle affecte dans les deux positions de l'épaule droite. Dans tous les cas, il suffit de ramener physiquement ou mentalement la face palmaire de la main derrière la symphyse des pubis, et la direction du pouce indiquera d'une manière précise quel est le bras qui se présente. Si, la main ainsi placée, le bras est en rapport avec la cuisse droite de la femme, c'est le bras droit qui est sorti; s'il est en rapport avec la cuisse gauche, c'est le bras gauche.

A une époque où l'art était encore peu avancé, la première idée qui s'offrait à l'esprit était de tirer sur le membre. En agissant de la sorte, on engage l'épaule dans l'orifice, la tête éprouve une forte inflexion latérale, la poitrine se recourbe, et le tronc tend à descendre. En effet, l'accouchement peut avoir lieu ainsi, par une véritable évolution spontanée, lorsqu'il s'agit soit de jumeaux ou d'avortons qui ont peu de volume, soit de fœtus à demi putréfiés et dont les articulations offrent un grand degré de laxité. Mais quand le fœtus est bien constitué, les tractions n'ont d'autre effet que de déterminer l'arrachement du bras, si elles sont assez fortes, et, dans le cas contraire, de faire perdre un temps précieux, l'utérus revenant sur lui-même, au point de rendre la version impossible et de compromettre la vie du fœtus. En voici la preuve. Nous fûmes appelé un jour chez une sage-femme par un individu qui, voyant une main se présenter, la saisit et l'attira jusqu'à l'avant-bras; la tête s'étant engagée aussi dans l'excavation pelvienne, elle ne put avancer, et les tégumens du crâne se tuméfièrent au point de former une gouttière dans laquelle était logé le bras, lui-même

gonflé, livide, et offrant quelques phlyctènes. La femme était dans une position grave; car, à force d'attouchemens, son ventre avait acquis une grande sensibilité. Nous voulûmes d'abord recourir au forceps, ce qui était l'indication en pareil cas, mais l'état des parties s'y opposa. En conséquence, nous prescrivîmes une saignée et un bain de deux ou trois heures, au bout desquelles nous nous proposions de revenir. Mais la sage-femme, craignant que la malade ne succombât pendant notre absence, la conduisit à l'hospice, en la tenant sur ses genoux; pendant la traversée, elle accoucha d'un enfant mort, qui certainement serait venu vivant si l'on n'avait pas eu le tort d'engager le bras.

Il faut donc, en pareil cas, procéder en toute hâte à la version, après avoir entouré le bras d'un lacs, qui permet de le ramener sur le côté du tronc lorsque les pieds ont été dégagés et le mouvement de version opéré. (*Atlas*, pl. 52, fig. 1 et 2.)

Les anciens, pensant que le bras sorti était un obstacle insurmontable à la terminaison de l'accouchement, et qu'il fallait s'en débarrasser à tout prix, l'arrachaient en tirant dessus jusqu'à ce que les ligamens cédassent, ou l'enlevaient, soit en le tordant, comme faisait Mauriceau, soit en le coupant avec des tenailles incisives ou avec un instrument tranchant, dernier procédé qui exposait la femme à de graves blessures quand un mouvement imprévu de sa part venait à déranger la lame. D'autres conseillaient, comme le bras se tuméfie beaucoup après être resté long-temps engagé, d'y pratiquer des incisions longitudinales pour en opérer le dégorgement. Ces affreux moyens sont justement frappés de réprobation. Les accoucheurs reculent de-

vant l'idée de mutiler un enfant vivant dans le sein de sa mère, et ils savent qu'alors même que le bras serait frappé de gangrène, l'amputation pourrait être faite d'une manière plus méthodique après la délivrance. Cependant il s'en est trouvé naguère encore qui ont reproduit les scènes barbares dont on lit avec effroi les détails dans Mauriceau, Delamotte et autres, et l'on n'a point oublié le scandale causé, il y a quelques années, par une affaire de ce genre dans laquelle les tribunaux appelés à prononcer firent une application sévère, mais juste, de la loi.

On a proposé aussi de refouler le bras, et Burton, reproduisant l'idée d'Albucasis, imagina même à cet effet une espèce de béquille, qu'il voulait qu'on fît peser sur le creux de l'aisselle dans l'intervalle des douleurs. Nous ne croyons pas que cet instrument ait jamais été mis en usage, même par son inventeur. Si l'on est quelquefois parvenu à opérer le refoulement du bras, ce n'a jamais pu être qu'immédiatement après la rupture de la poche des eaux, et avant que l'utérus, revenu avec force sur lui-même, embrassât de toutes parts le corps du fœtus. Or, l'opération est inutile alors, puisque l'état de liberté du fœtus permet qu'on aille à la recherche des pieds. Elle pourrait d'ailleurs créer de très grandes difficultés, comme le prouve le fait suivant dont nous avons été témoin : Une sage-femme et plusieurs accoucheurs s'étaient déjà tour à tour exercés sur une femme en travail, dont le fœtus se présentait par le bras ; on avait refoulé cette partie, on était allé à la recherche des pieds, on en avait saisi un, et depuis long-temps on faisait d'inutiles efforts pour trouver l'autre. Nous l'essayâmes aussi ; mais, voyant que ce pied était relevé sur

le plan antérieur du fœtus et l'utérus très resserré, nous exerçâmes des tractions modérées sur l'autre; nous engageâmes ainsi les fesses, et nous cherchâmes le second pied, puis nous crûmes devoir laisser achever l'accouchement par celui de nos confrères qui nous avait fait appeler. Il amena sans peine le fœtus jusqu'aux aisselles, mais ne put dégager le bras. Ayant alors repris la manœuvre, nous reconnûmes que le bras avait été refoulé, non sur le plan antérieur, mais sur le plan postérieur du fœtus, qu'en remontant dans le bassin, la partie supérieure de l'humérus s'était fracturée, et qu'un des fragmens de l'os, ayant percé les muscles et la peau, s'opposait à la sortie du membre. Nous réussîmes à vaincre cet obstacle; l'enfant vin mort, et la femme se rétablit.

CHAPITRE II.

DE LA VERSION.

On appelle généralement *version* une opération par laquelle l'accoucheur porte la main dans l'utérus, afin d'aller chercher les pieds du fœtus et de les amener au dehors.

Les anciens, qui ne croyaient pas que l'accouchement pût se terminer à moins que le fœtus ne se présentât par la tête, avaient posé en principe de n'épargner aucun effort pour ramener celle-ci à l'orifice de l'utérus dans les présentations vicieuses. Quand ils n'y pouvaient parvenir, ils considéraient le fœtus comme perdu, et procédaient à son extraction en le dépeçant. Ce fut seulement au siècle d'Auguste que Celse proposa la *version par les pieds*, telle qu'on la pratique

aujourd'hui; mais il ne la conseillait que quand on avait acquis la certitude de la mort du fœtus, tant il la supposait dangereuse pour ce dernier. Cette opération paraît, en effet, avoir été fort rarement, dans l'antiquité, appliquée au fœtus vivant; et quoique Ambroise Paré en parle comme d'une méthode assez répandue de son temps, elle ne prit définitivement rang dans la science qu'à l'époque et par les travaux de Guillemeau. Depuis lors, on avait totalement renoncé à la pratique des anciens, lorsqu'en France Flamand, et en Allemagne Osiander, imités depuis par un certain nombre d'accoucheurs allemands, anglais et français, cherchèrent à le remettre en honneur, et donnèrent le conseil d'aller chercher la tête, quelle que soit sa position dans l'utérus, disant que par là on compromet moins la femme et son fruit, et que, si après avoir ramené cette tête à l'orifice, on voit l'accouchement ne pouvoir se terminer par les seules forces de la nature, il faut appliquer le forceps. C'était donc prescrire une méthode qui peut rendre deux opérations nécessaires, au lieu d'une seule.

La *version par la tête*, car c'est ainsi qu'on l'appelle, ne saurait être pratiquée que dans des cas très rares et purement exceptionnels. Nous ne disconvenons pas qu'il ne soit quelquefois possible de ramener la tête à l'orifice de l'utérus; nous concevons même, comme nous l'avons dit plus haut, qu'on l'essaie quand cette tête est placée au voisinage du col utérin, comme dans les positions déviées du sommet, les présentations de la face et celles de l'oreille, si l'on est appelé assez à temps pour pouvoir introduire la main au moment même de la rupture de la poche, ou immédiatement après.

Mais, de toute évidence, il serait ridicule de le tenter dans les présentations des épaules, des flancs et des membres pelviens; ce serait se créer gratuitement des difficultés immenses, et diminuer les chances de succès de la version par les pieds, quand on essaierait d'y recourir après d'inutiles tentatives. Nous allons même plus loin, et nous disons que la version par la tête est physiquement impossible dans les cas où, les eaux de l'amnios s'étant écoulées depuis un certain laps de temps déjà, l'utérus est revenu sur lui-même; infailliblement on compromettrait l'existence du fœtus ou de la mère. Un homme de mérite, dont nous estimons le talent, voulut, dans une présentation de la face, ramener le sommet de la tête à l'orifice de l'utérus; la poche était rompue seulement depuis deux heures. Malgré sa dextérité, il échoua; de vives contractions survinrent, à la suite desquelles la femme perdit une quantité considérable de sang. Ce ne fut qu'au bout de quelques heures que, la tête s'étant plongée, on en vint à l'application du forceps; mais l'enfant était mort. A l'autopsie, nous découvrîmes une luxation des vertèbres, et une solution de continuité à la moelle épinière: trente heures après, la mère succomba également. Il y avait, à la partie postérieure gauche de l'utérus, une rupture à travers laquelle le poing pouvait passer sans peine.

La version proprement dite, ou l'opération par laquelle on ramène les pieds du fœtus au détroit abdominal, dont ils étaient plus ou moins éloignés, exige le concours de certaines circonstances et l'observation de certaines règles, dont les unes sont générales ou applicables à l'universalité des cas, et les autres spéciales ou convenables seulement à des cas particuliers.

I. Conditions nécessaires pour pratiquer la version.

Le point important est de bien déterminer l'instant où l'on doit agir ; ce moment n'arrive que quand il est survenu des accidens assez graves pour compromettre l'existence de la mère ou du fœtus, ou quand celui-ci se présente mal à l'orifice de l'utérus. Les positions vicieuses du fœtus ne sont pas toujours faciles à constater : il n'y a qu'une époque où il soit impossible de ne point commettre l'erreur ; c'est lorsqu'en pratiquant le toucher on trouve que la dilatation est suffisante, ou bien quand la rupture de la poche a eu lieu. Mais il peut se faire que, malgré même l'étendue de la dilatation, l'éloignement des parties du fœtus les rende inaccessibles au doigt, de manière à mettre dans la nécessité d'attendre pour reconnaître celles qui vont se présenter. Néanmoins, c'est en général au moment de la rupture de la poche qu'il est le plus facile de s'assurer de la position du fœtus. L'instant le plus opportun pour opérer la délivrance est aussi celui de cette rupture, qu'on l'ait déterminée soi-même, ou qu'elle ait été produite par la nature. Plus l'époque à laquelle on agit est rapprochée de celle à laquelle s'effectue la rupture de la poche, et plus on a de facilité pour terminer l'accouchement avec chances de succès. Mais cette règle souffre de nombreuses exceptions, et il ne faut pas s'imaginer que toutes les fois qu'on voit survenir des accidens chez la femme, ou qu'on observe une mauvaise position du fœtus, l'art doive nécessairement intervenir et rompre les membranes afin de terminer l'accouchement. Si l'on rompait la poche prématurément, avant que la dilatation se fût accomplie, même dans le cas

d'une présentation vicieuse, il faudrait attendre que cette dilatation fût devenue suffisante pour permettre le passage non seulement de la main mais encore du fœtus. La règle ne doit donc être suivie à la rigueur qu'autant que la dilatation est complète ou à peu près. Si l'on n'était appelé qu'après la rupture de la poche et les vains efforts réitérés par plusieurs personnes pendant huit, dix, douze ou vingt-quatre heures, pour terminer l'accouchement, et que l'utérus, revenu sur lui-même, étreignît avec force le corps du fœtus, circonstance toujours fâcheuse pour ce dernier et pour sa mère, il serait plus que hasardeux de se décider à agir sur-le-champ, car le seul état d'éréthisme de l'organe suffirait pour amener des accidens graves. Si donc, par suite d'attouchemens réitérés et d'introductions fréquentes de la main, on trouvait le col tuméfié, endolori, il faudrait commencer par porter remède à ces accidens. La femme étant forte et bien constituée, on pourrait sans crainte lui tirer deux ou trois palettes de sang. Si la saignée ne calmait pas l'éréthisme, on prescrirait un bain de trois ou quatre heures, et une fois la détente opérée, on terminerait l'accouchement, qui jusque là aurait été impossible. Il est bon quelquefois de recourir aux calmans et aux narcotiques, soit à l'intérieur, soit à l'extérieur.

Ainsi, en dernière analyse, les conditions de la version se réduisent à deux :

1° Que le col utérin soit suffisamment dilaté ou dilatable pour permettre à la main de s'introduire dans l'utérus, et au corps du fœtus de passer librement;

2° Que la partie du fœtus qui se présente ne soit pas engagée trop avant dans l'excavation, et surtout qu'elle

n'ait point franchi le col, puisqu'alors il n'y aurait pas possibilité de la refouler pour introduire la main et aller à la recherche des pieds.

II. Règles générales à observer dans la pratique de la version.

Une fois qu'on est bien décidé à agir, on doit d'abord prendre quelques précautions, dans l'intérêt de la femme, de son fruit, de sa famille, et même de l'accoucheur; car, de quelque dextérité qu'il soit doué, il ne saurait se flatter de réussir toujours. Ainsi, toutes les fois que la femme ou son enfant peut courir quelque danger, il faut prendre à part les personnes de la famille, et leur exposer la gravité du cas, afin de ne point être accusé d'impéritie s'il survenait des accidens. Mais cette communication doit être faite avec beaucoup de réserve, pour ne point exciter au trouble que les parens dissimuleraient mal, et qui réagirait d'une manière fâcheuse sur la femme. Quant à celle-ci, on doit absolument lui cacher la position inquiétante dans laquelle elle se trouve; car il pourrait arriver que, connaissant le danger auquel la manœuvre expose son enfant, elle s'y refusât; on cherche, au contraire, à lui inspirer de la confiance par un air de calme et d'assurance, puisque ordinairement elle cherche à lire son sort dans les yeux de celui qui l'assiste. On lui fait prendre la situation que l'on juge convenable; cette situation, indifférente dans les accouchemens naturels, ne l'est plus ici, où, comme dans toutes les grandes opérations chirurgicales, elle doit varier suivant l'exigence des cas. On place la femme en travers sur un lit de sangle ou sur un petit lit solide, sans rou-

lettes, que l'on assujettit au moyen de deux chaises, pour l'empêcher de remuer. Ce lit doit être suffisamment élevé, mais plutôt plus que moins, parce que quand on introduit la main dans l'utérus, comme on est obligé de la porter de bas en haut et d'avant en arrière, le bras court moins risque d'être comprimé et gêné par la symphyse pubienne. Il faut aussi que le siége ne s'enfonce pas trop dans les matelas; aussi, pour prévenir l'affaissement de ces derniers, avons-nous l'habitude de placer une planche entre eux. On fait fléchir les jambes sur les cuisses et les cuisses sur le bassin; la tête doit être également fléchie et soutenue par un aide situé derrière la malade, et qui lui applique les mains sous les aisselles, afin d'empêcher le tronc de remuer; deux autres aides se trouvent à ses côtés, et lui tiennent les jambes à demi fléchies. En un mot, on s'y prend comme s'il s'agissait de pratiquer l'opération de la taille périnéale.

Les choses étant ainsi disposées, on se met en mesure de terminer l'accouchement. Autrefois les accoucheurs mettaient bas leur habit, retroussaient leurs manches et prenaient un tablier. On a renoncé à ces préliminaires, qui n'étaient propres qu'à terrifier la femme. Si l'on veut ôter son habit, par mesure de propreté, il faut le faire tout naturellement; mais il convient mieux d'en avoir un dont les manches, ouvertes par le bas, puissent se retrousser sans difficulté. On enduit ensuite ses mains d'un corps gras ou mucilagineux. Il importe aussi de faire évacuer autant que possible les urines et les matières stercorales, au moyen du cathétérisme et des lavemens. Nous disons autant que possible, car l'opération du cathétérisme n'est

pas toujours une chose facile, surtout quand la tête du fœtus se trouve plongée dans l'excavation pelvienne; on a même quelquefois de la peine, dans les simples cas de version, à introduire la sonde de femme, et l'on est obligé d'en prendre une qui soit recourbée.

Il n'est pas indifférent d'introduire la main droite ou la main gauche dans l'utérus, car souvent le succès dépend de celle dont on se sert. On doit toujours employer la main dont la face palmaire correspond à la face antérieure de l'enfant. Quand on a atteint les pieds, il faut aussi toujours les ramener dans le sens de la flexion antérieure; de cette manière on augmente le mouvement de pelotonnement et la version s'exécute bien. Si l'on ramenait les pieds dans un autre sens, on serait obligé de changer les rapports des diamètres de la mère et du fœtus, et l'on s'exposerait à rompre le corps de ce dernier ou l'utérus. Mais, avant d'introduire la main, il faut en diminuer le volume autant que possible; cette précaution a surtout de l'importance chez les primipares, dont les organes n'ont pas encore été distendus. On forme donc de sa main une espèce de cône, en réunissant l'extrémité des doigts de manière que le petit et le pouce soient opposés aux autres. Pour la faire pénétrer ainsi disposée, on profite du moment de la contraction utérine, parce que les douleurs que celle-ci occasionne rendent insensibles celles qu'elle-même détermine toujours. Quelque habile qu'on soit, une fois la main introduite dans le vagin, il y a une précaution importante à prendre avant de la porter dans l'utérus, c'est de fixer le fond de celui-ci avec l'autre main appliquée sur la région hypogastrique; faute de l'avoir prise, certains accoucheurs, voulant

surmonter la résistance qu'ils rencontraient dans le cul-de-sac postérieur du vagin, ont poussé leur main dans le ventre; l'utérus, qui n'était point fixé, avait glissé sur la main, et celle-ci avait déchiré les parois vaginales. Cette précaution a encore un autre avantage : en faisant agir de concert les deux mains; il est plus facile de rapprocher les parties qu'on veut saisir de celle qui se trouve plongée dans l'utérus, et de prévenir le renversement de ce dernier organe.

Nous avons dit qu'on doit toujours ramener l'enfant dans le sens de la flexion antérieure. Il convient de tenter cette manœuvre pendant l'absence des contractions; car si l'on voulait agir tandis qu'elles ont lieu, l'utérus, embrassant le corps du fœtus d'une manière exacte, la rendrait impossible, difficile, et l'on serait exposé à tirailler les membres. Une fois le mouvement exécuté, et quand les pieds sont arrivés à l'orifice utérin, on attend les contractions, afin d'agir de concert avec elles; car si l'on tirait trop brusquement sur les pieds, il en pourrait résulter différens accidens : l'utérus, vidé trop vite, pourrait être frappé d'inertie, ou s'il existait une hémorrhagie elle ne ferait qu'augmenter; il y aurait, en outre, des dangers à courir pour l'enfant lui-même : son corps franchirait bien le col utérin avec facilité, mais quand ce col viendrait à se contracter, il embrasserait la tête, et s'opposerait à sa sortie. Quand on exerce des tractions sur le fœtus, on doit agir, non par secousses, mais d'une manière lente, graduée, et de concert avec les contractions utérines.

Au reste, quelque habitude qu'on ait de pratiquer la version par les pieds, elle compromet l'existence du fœtus. Sa mort peut être due à différentes causes, telles

que la compression du cordon ombilical, ou le refoulement du sang vers les parties supérieures, résultant de la compression des parties inférieures; le plus ordinairement elle provient des tractions inconsidérées qu'on exerce sur la colonne rachidienne et qui allongent la moelle épinière outre mesure.

III. Règles à observer pour pratiquer la version dans chaque cas particulier.

A. *Présentations de l'extrémité céphalique.*

Les accidens qui obligent d'intervenir dansun cas où le fœtus est bien situé et se présente par l'extrémité céphalique, la dilatation du col étant complète, peuvent se manifester avant la rupture de la poche, immédiatement après, ou quand déjà un laps de temps plus ou moins long s'est écoulé depuis la sortie du liquide amniotique. Dans ces différens cas, la tête peut, ou se trouver encore au-dessus du détroit abdominal, ou être engagée plus ou moins complétement dans ce détroit, ou enfin être arrivée jusque dans l'excavation pelvienne. En outre, elle peut descendre de deux manières dans cette excavation, ou après avoir franchi le col utérin, ou sans l'avoir franchi, c'est-à-dire coiffée par lui, ce qui arrive quand le bassin de la femme est vaste ou le fœtus assez petit pour permettre à l'organe de s'engager avec lui. Ces diverses circonstances sont importantes à noter dans la pratique, car chacune d'elles apporte des modifications à la conduite qu'on doit tenir.

Quand la tête est encore mobile, qu'elle est placée au-dessus du détroit abdominal, et que la poche des

eaux n'est point rompue, ou qu'elle vient de l'être depuis peu, il est plus facile de terminer l'accouchement, en opérant la version par les pieds qu'en appliquant le forceps au-dessus du détroit abdominal, la mobilité de la tête en cet endroit offrant des difficultés qu'on ne parvient à surmonter qu'autant qu'on a une grande habitude de se servir de cet instrument. Lorsque, au contraire, les eaux se sont écoulées depuis long-temps, et que l'utérus est revenu sur le corps du fœtus, la version est quelquefois si difficile qu'il nous paraît préférable de recourir à l'application du forceps. Si la tête est plongée dans l'excavation pelvienne, mais n'a point encore dépassé le col utérin, il est indifférent de recourir à la version ou au forceps; toutefois, nous croyons ce dernier préférable en ce qu'il est plus facile de saisir la tête que d'en opérer le refoulement, qui, d'ailleurs, n'est pas absolument impraticable. Enfin, quand la tête, étant plongée dans l'excavation, a dépassé le col de l'utérus, vouloir la refouler serait tenter une chose impossible; car l'utérus a éprouvé un retrait considérable, et sa capacité a diminué d'une quantité égale au volume de la partie du fœtus qui a dépassé le col. C'est pour avoir méconnu cette circonstance importante que certains praticiens, en essayant d'aller chercher les pieds, ont déterminé des ruptures de l'utérus assez considérables pour permettre à la tête de passer dans le détroit abdominal. Il ne reste donc d'autre ressource que le forceps si le fœtus est vivant, ou les crochets s'il est mort. Il vaut toujours mieux d'ailleurs, quand la chose est praticable, amener le fœtus entier que de le mutiler; car les signes indiquant sa mort dans le sein de sa mère ne sont pas tellement

absolus qu'ils ne puissent quelquefois induire en erreur, et il arrive assez souvent que, croyant avoir affaire à un fœtus mort, on éprouve la surprise, en s'y prenant avec précaution, de l'amener vivant.

La nécessité étant bien reconnue d'opérer la version, il y a certaines règles générales à suivre, dont l'observation n'est pas de rigueur quand on pratique soi-même la rupture de la poche ou qu'on arrive immédiatement après cette rupture, l'utérus ne s'étant point encore resserré, mais auxquelles on doit se conformer quand l'utérus ayant déjà pris du retrait, il devient indispensable de bien calculer tous ses mouvemens, afin de ne pas se créer trop d'obstacles. Voici quelques unes des indications qui se présentent à remplir, toujours dans la supposition d'un cas difficile.

1° Présentations du sommet.

Quand le fœtus se présente par le sommet, il faut d'abord faire choix de la main à introduire dans l'utérus. Cette main introduite, on en place la paume sur la tête de l'enfant, qu'on refoule au-dessus du détroit abdominal, en l'y maintenant avec le poignet ou l'extrémité inférieure de l'avant-bras, afin d'empêcher qu'à mesure que celui-ci pénétrera dans l'utérus, elle se replonge dans l'excavation pelvienne, et vienne s'interposer entre les os du bassin et la main, ce qui causerait de vives douleurs dans l'avant-bras, et réduirait à l'impossibilité d'agir. Il faut toujours que la main suive le côté de l'enfant qui se trouve le plus rapproché de la paroi postérieure de l'utérus; si elle suivait l'autre côté, elle rencontrerait les extrémités des membres réunis en faisceau, et le resserrement qu'elle éprouve fe-

rait qu'on aurait de la peine à distinguer ces membres les uns des autres; les mains et les pieds du fœtus étant placés en travers du dos, de la main ou des doigts, on pourrait les aller chercher bien loin, tandis qu'ils seraient proche sans qu'on en eût le soupçon; il serait possible aussi que l'on exerçât une compression dangereuse sur la poitrine, le ventre ou le cordon ombilical; enfin, si l'on écartait les membres thoraciques de l'axe du corps du fœtus, on les déploierait, et si l'on saisissait les genoux ou les pieds au moment où l'on fait exécuter le mouvement de rotation, les bras s'éloignant de la partie antérieure du tronc et se relevant en arrière, on serait exposé à les luxer en tirant.

Après avoir refoulé la tête au-dessus du détroit abdominal, on place en général un doigt sur celui de ses côtés qui correspond à la partie postérieure de la mère, puis on arrive aux épaules; et pour éviter la saillie qu'elles présentent, on fait suivre au doigt la région dorsale du fœtus, le pouce étant constamment rapproché de la partie antérieure; on reconnaît successivement les flancs, les parois latérales du thorax, les hanches, on glisse le doigt dans le pli des aines, et l'on arrive aux genoux. Quand les eaux se sont écoulées depuis long-temps, et qu'on éprouve de la difficulté à parvenir aux pieds, il suffit quelquefois de tirer sur les genoux pour faire venir ces derniers; mais il est préférable de suivre la saillie des jambes, afin d'aller jusqu'à eux. Pour cela, on étend les doigts, on maintient les pieds dans un état de flexion sur les jambes, et l'on tâche d'accrocher les talons, afin de faire présenter au fœtus le moins de volume possible. Si l'on peut saisir les deux pieds, on les attire à l'orifice de l'utérus; mais

si l'on ne parvient à en saisir qu'un, il faut, autant que possible, dégager celui qui correspond à la partie postérieure de la mère. Cependant, si le fœtus, au lieu d'avoir les pieds placés parallèlement l'un à l'autre, les avait croisés en sautoir, comme il arrive quelquefois, ce serait le pied correspondant à la partie antérieure de la mère qu'on devrait dégager le premier. On serait surtout autorisé à agir de cette manière, si, les eaux s'étant écoulées depuis long-temps, on voyait le mouvement de version s'opérer convenablement, au moyen de légères tractions exercées dans l'intervalle des contractions. Mais si l'on éprouvait de la difficulté à agir, il vaudrait mieux appliquer un lacs sur le pied qui aurait été dégagé, et faire suivre aux autres parties la même route qu'il a parcourue; ou bien, pour éviter des douleurs à la mère, on suivrait avec la main la face interne du membre dégagé, jusqu'à ce qu'on arrivât à l'autre. Les deux pieds étant dégagés, on agirait comme à l'ordinaire.

Si la tête est en position occipito-ilium gauche, on introduit la main gauche sur le côté droit du bassin, dans un état moyen entre la pronation et la supination, et lui faisant suivre la direction de la symphyse sacro-iliaque droite, jusqu'à ce que la paume soit appliquée sur le sommet du crâne du fœtus (atlas, pl. 45, fig. 1), on place les doigts sur le côté postérieur, et le pouce sur le côté antérieur. Puis, cette main, agissant de concert avec la droite, qui comprime le fond de l'utérus à l'extérieur, soulève la tête, de manière à l'éloigner du détroit abdominal et à la porter en même temps dans la fosse iliaque droite. Cela fait, on insinue la main entre le côté gauche de la tête et la partie postérieure

de l'utérus; on la passe derrière la saillie de l'épaule, on lui fait suivre le côté gauche du fœtus; on gagne les fesses, que l'on contourne; on descend le long du plan postérieur des membres pelviens, et l'on arrive aux pieds; on saisit ceux-ci avec le doigt indicateur et le médius, et il suffit de leur imprimer un léger mouvement de droite à gauche pour les dégager. Une fois qu'ils sont dégagés, on ramène le fœtus en seconde position des pieds, et l'on termine l'accouchement.

Quand la tête se trouve en position *occipito-ilium droite*, c'est la main droite qu'il faut introduire, et au-devant de la symphyse sacro-iliaque gauche. Si l'occiput regarde directement la fosse iliaque droite, on introduit la main en supination, suivant la concavité du sacrum; s'il correspond à la cavité cotyloïde droite, la main est introduite dans un état moyen entre la pronation et la supination; enfin s'il est tourné vers la symphyse sacro-iliaque, la main doit l'être elle-même dans le sens de la pronation. On saisit la tête avec les quatre doigts de cette main, le pouce placé du côté opposé, la paume appliquée sur le sommet du crâne, et on la reporte, autant que possible, vers la fosse iliaque droite, en s'aidant des efforts de la main gauche, qui, appuyée sur le ventre de la femme, déprime le fond de l'utérus. Ce mouvement exécuté, on suit avec les quatre doigts le côté droit de la tête, la saillie de l'épaule, le flanc droit, et l'on arrive aux pieds, qu'on saisit et amène à l'orifice de l'utérus. On profite de l'absence des douleurs pour exécuter le mouvement de rotation et opérer la version.

2° Présentations des parties latérales de la tête.

Les positions déviées du sommet de la tête, c'est-à-dire la présentation des parties latérales de cette dernière, ne présentent à remplir, quand un obstacle s'oppose à la progression du fœtus, que les indications dont nous avons parlé dans un des articles précédens. S'il survient un accident grave, une hémorrhagie, des convulsions, etc., on doit se comporter comme dans les positions correspondantes du sommet. En conséquence, si la tête est mobile au-dessus du détroit abdominal, on pratique la version, et si elle est plongée dans l'excavation pelvienne, on a recours de préférence à l'application du forceps.

La version étant reconnue convenable, s'il s'agit d'une position *mento-ilium droite*, il faut, comme dans la position occipito-ilium gauche, introduire la main gauche dans l'utérus, soulever la face, la reporter autant que possible dans la fosse iliaque gauche, suivre le côté gauche du fœtus, aller saisir les pieds, et terminer l'accouchement comme dans la seconde position des pieds. Si la tête se présente en position *mento-ilium gauche*, on introduit la main droite, on refoule la face vers la fosse iliaque droite, on suit le côté droit du fœtus, on arrive aux pieds, on opère la version, et l'on termine comme dans la première position des pieds.

B. *Présentations de l'extrémité pelvienne.*

1° Présentations des pieds.

Si, dans la majeure partie des présentations par les pieds, on peut confier l'accouchement aux seules forces

de la nature, il y a néanmoins des circonstances dans lesquelles l'art est obligé d'intervenir. A plus forte raison doit-il le faire s'il survient quelque accident, comme une hémorrhagie, une syncope, des convulsions, etc. Voici quelle est la conduite que l'on suit alors :

Il faut commencer par porter l'une des mains à l'orifice de l'utérus ponr reconnaître si les deux pieds se présentent à la fois. S'il ne s'en offre qu'un, on le fixe au moyen d'un lacs, on introduit la main le long de sa partie interne, on va saisir l'autre, et on l'amène (atlas, pl. 47, fig. 1). Les anciens prétendaient qu'il suffisait de tirer sur le pied sorti seul, pour que le reste du corps s'engageât. Nous partageons bien cette opinion pour ce qui concerne les cas ordinaires; mais, quand c'est une disproportion entre la cavité pelvienne et le volume du fœtus, une mauvaise position du pied, ou le tort qu'on a eu de ne point amener le pied convenable, qui rend la sortie de l'autre difficile, nous pensons qu'il faut aller à la recherche de celui-ci. D'ailleurs, dans tous les cas, il vaut mieux tirer sur les deux pieds que sur un seul.

On place les doigts de la main introduite dans l'utérus de manière que le pouce appuie au-dessus de la malléole externe du pied opposé, le médius sur la malléole externe de l'autre, et l'indicateur entre les jambes, au-dessus des malléoles internes; on profite ensuite de l'intervalle de deux contractions utérines pour tirer doucement sur les deux pieds ainsi réunis.

Lorsque les pieds ont été amenés hors de la vulve, comme ils sont rendus visqueux et glissans par le liquide amniotique, le sang et la matière sébacée qui

les enduit, et qu'en conséquence ils s'échapperaient facilement de la main, on doit les saisir avec un linge sec : ordinairement on les entoure d'une serviette. Puis on les prend chacun d'une main, de la paume de laquelle on l'embrasse, en fléchissant les doigts sur lui et allongeant le pouce sur la jambe; après quoi, on exerce de légères tractions sur les parties, en même temps que les contractions utérines ont lieu. Mais il faut avoir soin de bien maintenir les pieds dans la position qu'on leur a donnée, c'est-à-dire que les talons soient dirigés vers l'une des cavités cotyloïdes de la mère, tandis que les orteils regardent la symphyse pubienne. Il faut aussi ménager les articulations, et faire en sorte que les tractions ne portent pas toujours sur les mêmes points, afin de ne causer aucune luxation. En conséquence, à mesure que l'on avance, on remonte la main, on pose le pouce sur la partie postérieure de la jambe, puis dans le creux du jarret, et on tire jusqu'à ce que la hanche se présente au détroit abdominal. Alors on fait engager le tronc suivant le diamètre oblique, puis on amène les fesses au fond de l'excavation pelvienne. Lorsqu'elles apparaissent à la vulve, on remonte les mains sur les cuisses, et l'on imprime aux membres des oscillations de haut en bas et d'un côté à l'autre, qui ont pour effet de placer l'une des hanches au-devant de la symphyse sacro-iliaque, et de favoriser ainsi leur engagement et leur passage à travers le bassin. Une fois ces parties hors de la vulve, il reste à s'occuper du tronc. On place la face palmaire de la main au-devant de la cuisse, de manière que le bord radial du doigt indicateur soit en rapport avec la branche horizontale du pubis du fœtus, on ramène les deux

pouces sur la région postérieure du corps, et on les croise sur le sacrum. Cette précaution est nécessaire; car si l'on posait la main à plat sur le ventre, on comprimerait les viscères contenus dans cette cavité, notamment le foie, qui a beaucoup de volume et de friabilité, ce qui pourrait donner lieu à un épanchement de sang plus ou moins grave. D'ailleurs, en supposant que la compression exercée sur cette région fût insuffisante pour déchirer le foie, elle serait toujours assez forte pour gêner le cours du sang, soit dans la veine ombilicale, soit dans le cordon.

Les hanches étant ainsi saisies, on exerce des tractions légères sur le tronc du fœtus, en dirigeant successivement et alternativement, par un mouvement d'élévation et d'abaissement, l'une d'elles vers l'aine gauche de la mère, et l'autre vers la partie postérieure de sa cuisse droite, jusqu'à ce que l'ombilic soit arrivé aux parties génitales externes. Alors on soutient et soulève le tronc avec la main droite appuyée sur le côté du fœtus, tandis que l'indicateur et le médius de l'autre main vont saisir le cordon près de son insertion à l'ombilic, l'attirent au-dehors, et en forment une anse assez éteudue pour empêcher qu'il soit tiraillé ou arraché pendant le dégagement du reste du tronc.

Il arrive quelquefois que le cordon est placé entre les jambes du fœtus; si alors on tirait dessus, on l'arracherait infailliblement. Dans ce cas, ce n'est pas la main droite, mais la gauche, qu'on prend pour soutenir le tronc; on place un ou deux doigts de la droite le long de la région sacrée du fœtus, on saisit le cordon, et on en forme une anse; puis, pour le dégager du pied qui correspond à la partie postérieure du corps

de la mère, on fléchit la cuisse sur la jambe, et le pied sur la jambe, et l'on fait passer le membre à travers l'anse. Celle-ci étant dégagée, on la refoule en arrière au niveau de la symphyse sacro-iliaque, et devant le ligament sacro-sciatique; là, ne se trouvant en rapport qu'avec des parties molles, elle ne peut éprouver une compression aussi forte que si elle était pressée contre les pubis; c'est pour se procurer cet avantage que l'on donne le conseil de dégager le pied correspondant à la partie postérieure de la mère.

Toutes ces précautions ayant été prises, on continue à agir de concert avec les contractions utérines, en imprimant des mouvemens d'oscillation au corps de l'enfant, et l'on amène les épaules au détroit abdominal. Celles-ci s'engagent suivant le diamètre oblique qui a livré passage aux hanches. On se comporte de la même manière jusqu'à ce qu'elles soient descendues au fond de l'excavation pelvienne. Là le tronc éprouve un mouvement de rotation, qui porte l'épaule droite dans la cavité du sacrum, tandis que l'autre est amenée derrière la symphyse pubienne.

Que reste-t-il à faire maintenant? Doit-on continuer à tirer l'enfant, ou bien faut-il s'occuper de dégager les bras? Les auteurs sont partagés entre ces deux opinions. Ceux qui ne sont pas partisans du dégagement, prétendent que quand on laisse les bras élevés sur les parties latérales de la tête du fœtus, ils servent de guide à cette partie, et la mettent à l'abri des resserremens brusques du col utérin, qui n'ont lieu que trop souvent dans les accouchemens par les pieds. Nous ne partageons pas cette manière de voir. Les bras étendus le long du cou de l'enfant le garantissent

bien de l'action du col de l'utérus, mais ils sont un obstacle au dégagement de la tête, surtout quand il y a défaut d'harmonie entre les dimensions du bassin et le volume de la tête. Il vaut donc mieux, suivant nous, dégager les bras.

C'est toujours par celui qui correspond au sacrum de la mère que l'on doit commencer. On place la main gauche à plat sur le côté droit du fœtus, dont on soulève le tronc, en l'inclinant vers la fosse iliaque droite et disposant les jambes à droite et à gauche de l'avant-bras, dans la crainte qu'il ne s'échappe : puis on glisse un ou deux doigts de l'autre main sur le côté droit de la colonne vertébrale, jusqu'à la partie supérieure de l'épaule, où l'on en recourbe les deux premières phalanges, dont on se sert comme d'un crochet pour tirer directement de haut en bas sur cette épaule, en plaçant l'extrémité du pouce dans le creux de l'aisselle, sa face palmaire regardant la partie interne du bras, le long de laquelle on les fait glisser jusqu'au pli du coude. Le bras étant ainsi abaissé sur le côté droit du tronc, on agit de même sur l'autre, mais avec la main droite, en inclinant cette fois le corps vers la fosse iliaque gauche, et glissant les deux doigts de la main gauche derrière la branche horizontale du pubis.

Quand les deux bras sont dehors, il faut procéder à l'extraction de la tête. De tous les temps du travail, celui-là est le plus critique pour l'enfant, qui peut succomber, soit au refoulement du sang vers les parties supérieures, soit à la compression du cordon. Cependant, quelque fréquentes que soient ces deux causes de mort, elles le sont moins encore que la distension de la moelle épinière par des tractions inconsidérées,

qui peuvent en outre déterminer la luxation des vertèbres cervicales, et même la séparation du tronc et de la tête. Pour éviter tous ces accidens, il faut, avec la main et l'avant-bras passés entre les jambes du fœtus, lui soutenir le tronc, qu'on relève fortement vers le ventre de la mère; puis on introduit deux ou trois doigts, et quelquefois la main entière, dans l'utérus, jusqu'au niveau du détroit abdominal, pour s'assurer si la tête se trouve dans des rapports convenables, c'est-à-dire si la face correspond à la symphyse sacro-iliaque droite et l'occiput à la cavité cotyloïde gauche. Si la tête est bien placée, on introduit un doigt dans la bouche, non pas pour s'en servir comme d'un crochet, car alors on pourrait arracher la mâchoire, mais pour maintenir le menton rapproché de la partie supérieure de la poitrine, et prévenir le mouvement de flexion que la tête pourrait exécuter. Quelques accoucheurs ont conseillé de porter les doigts sur les côtés du nez, ou même sur les orbites, afin, disaient-ils, d'éviter la luxation de la mâchoire; mais la disposition des branches de cet os chez l'enfant naissant rend cette luxation impossible. D'ailleurs, les parties latérales du nez n'offrent qu'un plan incliné, lisse et rendu plus glissant encore par les mucosités, de sorte que le doigt y trouverait difficilement un point d'appui; en outre, on aurait beaucoup de peine à arriver jusque là, à plus forte raison jusqu'aux yeux, et l'on doit même quelquefois s'estimer heureux de parvenir au menton, qu'on accroche avec un doigt, pour le maintenir collé à la poitrine. Si le cou du fœtus était embrassé exactement par le col de l'utérus, il faudrait, suivant le précepte qu'en a donné Viardet, introduire la main à plat entre la tête

et la symphyse sacro-iliaque, saisir la face à pleine main, et la tirer à soi, en lui imprimant un mouvement de gauche à droite, pour la ramener dans la concavité du sacrum. En interposant la main entre la face du fœtus et le col utérin, on surmonte la résistance de ce dernier, on le rend perméable, et l'on établit une sorte de plan incliné sur lequel le cou est obligé de glisser.

Dès qu'on s'est bien assuré que la tête n'a pas changé de direction, il faut porter deux doigts de la main gauche, l'indicateur et l'annulaire, en guise de crochets, sur les épaules du fœtus, tandis que le médius, étendu derrière la symphyse pubienne, empêche l'occiput de se renverser en arrière. On engage la femme à faire valoir ses douleurs, et, en même temps qu'on exerce des tractions sur les épaules et le menton, on renverse le tronc du fœtus sur le ventre de la mère, de manière à faire rouler la région occipitale derrière la symphyse. Alors la face, le front et toutes les parties qui constituent le sommet parcourent successivement la courbure sacro-périnéale, et arrivent hors de la vulve. Si le front se trouve arrêté, ce qui arrive ordinairement chez les femmes primipares, on compromettrait l'existence du fœtus en exerçant des tractions plus ou moins fortes sur son corps. Comme il n'y a aucune crainte à concevoir, puisque l'on peut pénétrer dans la bouche, on attend quelques minutes, pour que la résistance des parties molles cède peu à peu. On pourrait accélérer la sortie de la tête en plaçant transversalement sur le périnée la main droite, avec le bord cubital de laquelle on exercerait une forte pression, en suivant le diamètre antéro-postérieur compris entre le sacrum et la vulve.

Dans la troisième position des pieds, celle où les

talons correspondent à la symphyse pubienne et les orteils à l'angle sacro-vertébral, quand l'accouchement est confié aux seules forces de la nature, presque toujours cette position se convertit en première ou en seconde. Si l'on était appelé dès le début du travail, il faudrait agir ainsi que nous l'avons indiqué à l'égard de ces deux dernières; après avoir saisi les pieds, on les amènerait hors de la vulve, et on leur imprimerait un mouvement de rotation qui tendît à porter l'un d'eux vers la partie postérieure de la mère et l'autre vers la symphyse pubienne. Si l'on voulait, par exemple, ramener les pieds en première position, on porterait la cuisse droite au-devant de la symphyse sacro-iliaque gauche, derrière la cavité cotyloïde droite, puis on terminerait comme en première position.

Cependant il pourrait se faire qu'on ne fût appelé qu'au moment où le tronc de l'enfant serait plus ou moins engagé dans l'excavation pelvienne, et où les fesses se trouveraient déjà hors des parties génitales externes. Dans ce cas, il y aurait encore possibilité de convertir la troisième position en première ou en seconde. Une circonstance seule pourrait engager à ne pas opérer la conversion : ce serait l'existence, chez la femme, d'un rétrécissement dans le diamètre antéro-postérieur du détroit abdominal, rétrécissement qu'on reconnaîtrait sans peine, soit à la voussure de la partie postérieure des reins, soit à l'aplatissement de la symphyse pubienne. Alors il conviendrait de laisser l'enfant s'engager directement, parce que, le diamètre bis-iliaque offrant plus d'avantage que les autres, on aurait plus de facilité pour terminer l'accouchement; seulement, après avoir dégagé le bras, il faudrait faire sui-

vre le mouvement à la tête. Si l'on se contentait de tirer directement sur les pieds, la face se trouvant placée devant l'angle sacro-vertébral, et l'occiput plus ou moins dirigé derrière la symphyse, le front rencontrerait bientôt l'angle sacro-vertébral, la tête se redresserait, l'occiput s'appliquerait derrière la symphyse, et la tête, présentant son diamètre occipito-frontal au diamètre antéro-postérieur du bassin, qui est rétréci, serait enclavée en cet endroit; qu'alors on vînt à tirer directement dessus, on la fixerait d'une manière invariable, et l'on pourrait la séparer du tronc. Il faudrait donc porter l'une ou l'autre main, peu importe laquelle, dans l'excavation pelvienne, accrocher la face du fœtus, et lui imprimer un mouvement de déviation, pour la ramener vers la partie latérale droite du bassin, ce qui lui permettrait de se plonger dans l'excavation. Mais on se garderait bien d'imiter l'exemple des anciens et de quelques modernes, qui, pour ramener sur les côtés du bassin la tête retenue au détroit supérieur, se contentent de tourner le tronc et le dos de l'enfant vers l'un des angles du pelvis; il arrive souvent, dans cette manœuvre vicieuse, que la tête ne suit pas le mouvement du tronc et que le col subit une torsion. C'est en agissant d'une manière directe sur la tête qu'on évite cet accident, et si tous les efforts étaient inutiles, il faudrait recourir à l'application du forceps. Une fois la face ramenée vers la partie latérale du bassin, on la fait plonger dans l'excavation pelvienne, et, sans déranger les mains, on la ramène dans la concavité du sacrum, puis l'on termine l'accouchement comme nous l'avons dit.

Dans la quatrième position des pieds, qui est la plus

rare et la plus difficile, et où les talons du fœtus regardent le sacrum de la mère, la conduite à tenir, quand il survient des accidens, varie suivant l'époque du travail.

Au début, lorsque la poche vient de se rompre, et que les pieds sont à peine engagés, on s'efforce de convertir la position en première ou seconde, suivant la tendance que semble avoir la nature. On porte la main droite en supination dans la matrice et on saisit les pieds; puis, exerçant des tractions légères, de manière à imprimer au tronc un mouvement de rotation qui le ramène en avant dans le sens de l'adduction, on reporte le pied d'avant en arrière, en lui faisant décrire une légère courbe de gauche à droite, tandis qu'on imprime à l'autre pied un mouvement analogue, mais en sens inverse. Une fois les hanches amenées dans cette position diagonale, la conversion de la quatrième position en première est complète et l'on termine l'accouchement comme dans cette dernière.

Quand l'on est appelé au moment où les fesses sont déjà engagées dans l'excavation pelvienne ou même dans le détroit périnéal, les auteurs donnent le précepte de porter l'une ou l'autre main en supination dans l'utérus, suivant qu'on se propose de réduire la position en première ou en seconde, de lui faire suivre la convexité du sacrum du fœtus, qui est logé dans la concavité de celui de la mère, puis de diriger les membres en arrière, en déprimant fortement le périnée; de porter deux ou trois doigts au-dessous de la symphyse pubienne et au-devant du ventre du fœtus; ensuite, dans l'intervalle des douleurs, de refouler celui-ci vers le

haut, pour le dégager un peu de l'excavation pelvienne; de recommencer cinq ou six fois la manœuvre, jusqu'à ce qu'on soit parvenu à imprimer le mouvement de rotation au corps; et, une fois la position convertie ainsi en première ou en seconde, de terminer l'accouchement. Ce précepte est bon à suivre quand on opère sur le mannequin; mais sur le vivant, les choses se passent d'une autre manière. Nous concevrions qu'on pût exécuter la manœuvre susdite si l'on agissait immédiatement après la rupture de la poche et que l'enfant ne fût pas trop resserré; mais alors elle serait superflue, car la conversion aurait lieu quand bien même on n'agirait que sur les pieds. D'ailleurs, la manœuvre dont il s'agit aurait l'inconvénient de déterminer des douleurs vives chez la mère, de solliciter les contractions utérines, et de comprimer le cordon. Nous pensons donc qu'il serait préférable de saisir les cuisses du fœtus aussi haut que possible, et de lui imprimer un mouvement de rotation, comme si l'on agissait seulement sur les pieds.

Enfin, si la nature était parvenue à expulser le tronc, ou si des personnes peu instruites, au lieu de convertir la position en première ou en seconde, avaient tiré sur les pieds, de manière à dégager les bras, mais à laisser la tête dans l'intérieur de l'utérus, que conviendrait-il de faire? La plupart des anciens pensaient que la difficulté qu'éprouve alors la tête à exécuter son mouvement de rotation tient à ce que le menton vient s'accrocher au-dessous de la symphyse pubienne. Mais il suffit de faire attention à la disposition des organes et à la conformation de la tête pour demeurer convaincu qu'il est impossible que es choses

se passent de la sorte. En effet, les parois abdominales de la mère ont une épaisseur qui ne permet pas au menton du fœtus de s'accrocher; il faut d'ailleurs tenir compte de la vessie, qui vient s'interposer entre le pubis et les parties du fœtus. Néanmoins, ce qu'il y a de certain, c'est que si l'on tire directement sur la tête de ce dernier, quand elle est engagée dans l'excavation pelvienne, ainsi que nous venons de le dire, on peut déterminer la rupture du cou. Il faudrait donc agir directement sur la tête, afin de la ramener dans une position transversale. L'une des mains étant en supination, on l'introduirait entre le fœtus et la concavité du sacrum de la mère; on en placerait les trois derniers doigts sur la partie latérale du tronc et le pouce sur la partie opposée, puis on imprimerait à la tête un mouvement de rotation qui la ramenât vers la symphyse sacro-iliaque, ou plutôt dans la position transversale. On agirait de concert avec les contractions utérines pour faire plonger la face dans l'excavation pelvienne; allongeant le doigt sur elle, on lui imprimerait un mouvement de rotation, et une fois qu'elle serait arrivée dans la concavité du sacrum, on agirait comme nous avons prescrit de le faire pour la seconde position des pieds. Si l'on éprouvait trop de difficulté à exécuter ce mouvement, on aurait recours au forceps, dont, au reste, l'application n'est pas toujours indispensable.

2° Présentations des genoux.

Nous avons vu précédemment que les présentations des genoux sont aussi naturelles que les autres, quoique fort rares. Il pourrait arriver que l'accouchement ne

se terminât pas parce que l'une de ces parties s'arcbouterait contre la circonférence du bassin. Quand un accident de ce genre force à intervenir, la conduite à tenir varie suivant les circonstances. Si l'obstacle à la progression du fœtus tient à ce que l'un des genoux est fixé contre la circonférence du bassin, il suffit de porter sur ce genou un doigt, avec lequel on le saisit, puis on le rapproche de l'autre, et on laisse l'accouchement se terminer seul. Le travail marche-t-il avec trop de lenteur, on glisse le doigt sous le pli du jarret, pour s'en servir en guise de crochet, et, les pieds dégagés, on termine l'accouchemeut comme dans la position correspondante des pieds; de même si, le genou étant mobile et placé au-dessous du détroit abdominal, un accident quelconque venait compromettre l'existence de la femme, il faudrait encore aller chercher les pieds; mais cette manœuvre ne vaudrait plus rien si les genoux étaient engagés déjà dans l'excavation pelvienne, car elle ne ferait que causer d'inutiles souffrances à la mère; on devrait alors tirer directement sur les genoux avec les doigts recourbés en forme de crochet. Ce ne serait point le cas de passer un lacs ou un crochet mousse entre les genoux.

Si les fesses étaient appliquées sur les pieds et s'opposaient à la descente des genoux, il faudrait aller chercher les pieds. Supposons une première position, ou tibio-cotyloïdienne gauche; on introduirait la main droite dans l'utérus, on refoulerait le genou vers la fosse iliaque droite, on porterait les doigts sur la face extérieure de la jambe, on accrocherait les pieds, on les fléchirait sur les jambes, et l'on terminerait comme dans la première position des pieds. S'il s'agissait d'une

seconde position, on se comporterait de la même manière, mais avec la main gauche. Dans le cas d'une troisième ou d'une quatrième position, on se servirait indifféremment de l'une ou de l'autre main : seulement, si les pieds étaient situés derrière la symphyse pubienne, comme dans la troisième position, il faudrait introduire la main en pronation derrière cette symphyse, accrocher les pieds, après avoir refoulé les genoux, et terminer comme dans la première ou seconde position des pieds. Dans le cas de quatrième position, ce serait en supination qu'on devrait placer la main qu'on se proposerait d'introduire.

3° Présentations des fesses.

Comme l'accouchement se termine par les seuls efforts de la nature dans la majeure partie de ces présentations, l'intervention de l'art n'est nécessaire, en général, qu'autant qu'il survient des accidens. Cependant, la présentation des fesses étant moins naturelle que celle de la tête, l'accouchement peut être renduimpossible, soit à cause du volume des fesses, soit parce qu'elles ont moins de solidité que le crâne, ce qui ne leur permet pas de s'engager aussi aisément. Enfin, certaines positions des fesses nécessitent presque toujours l'assistance de l'art; telle est la quatrième, celle dans laquelle le sacrum du fœtus se trouve en rapport avec celui de sa mère.

Ici la conduite doit encore varier suivant l'époque du travail. Supposons que les fesses aient franchi le col utérin, ou qu'elles soient engagées dans l'excavation pelvienne; certainement les indications à remplir ne sont plus les mêmes qu'au début. Les fesses étant

plongées dans le bassin, il ne faut pas les refouler, pour aller chercher les pieds; car la chose serait impraticable, et quand bien même on y parviendrait, ce ne serait pas sans danger pour l'enfant, et surtout pour la mère, à cause des déchirures qu'on ne manquerait pas de produire à l'utérus. Il faut agir directement sur les fesses. Si elles étaient suffisamment plongées, on porterait un ou deux doigts dans le pli de l'aine, qui serait la partie la plus rapprochée de la région postérieure de la mère, et, de concert avec les contractions utérines, on tirerait sur ce pli, afin de forcer les fesses à venir au-dehors. Si on le pouvait, on laisserait ses doigts ainsi appliqués jusqu'à ce que non seulement les fesses, mais encore les pieds fussent dégagés; une fois ces derniers libres, le cas rentrerait dans celui de la position correspondante des pieds. Quelquefois on ne peut atteindre le pli de l'aine avec l'extrémité du doigt. Les auteurs conseillent alors d'embrasser les genoux avec un lacs. Ce précepte est ridicule, car le lacs ne pourrait être introduit qu'à l'aide d'un crochet mousse, qui évidemment suffirait.

Au début du travail, avant la rupture de la poche des eaux, si les fesses se présentaient en première position, c'est-à-dire le sacrum du fœtus en rapport avec un point quelconque de la moitié gauche du pourtour du bassin, on mettrait sa main gauche dans un état moyen entre la pronation et la supination, et on l'introduirait suivant l'axe du détroit abdominal, en passant devant la symphyse sacro-iliaque droite; là on appliquerait la paume de cette main sur les fesses du fœtus, qu'on refoulerait de bas en haut, vers la fosse iliaque gauche, et on chercherait les pieds, qui ne sont

ordinairement pas à une grande profondeur; on les saisirait, on les amènerait à la vulve, et on terminerait comme dans la première position des pieds Si l'on n'amenait qu'un seul pied, et que l'enfant ne fût pas très volumineux, en exerçant des tractions modérées sur ce pied, on pourrait parvenir à faire sortir l'autre. Mais, pour peu qu'on éprouvât de difficultés, il conviendrait d'aller chercher le second.

Dans les cas où les fesses se présenteraient en seconde position, le procédé opératoire serait le même, avec cette différence qu'au lieu de la main droite, on introduirait la gauche dans l'utérus, au côté gauche du bassin, en passant au-devant de la symphyse sacro-iliaque gauche; on tirerait la partie postérieure et gauche de l'enfant, on refoulerait les fesses sur la fosse iliaque droite avec la paume de la main, et on continuerait de suivre les membres abdominaux jusqu'à ce qu'on fût arrivé aux pieds; on saisirait ceux-ci, on les amènerait à la vulve, et une fois qu'ils seraient hors des parties externes de la génération, on agirait comme si l'enfant s'était présenté de lui-même dans la seconde position des pieds. Bien entendu que si l'on n'amenait qu'un seul pied, on procéderait à la recherche de l'autre, comme nous l'avons exposé ci-dessus.

Dans la troisième position des pieds, il est indifférent d'introduire la main droite ou la main gauche: seulement on doit toujours ramener les pieds en première position si l'on se sert de la gauche, et en seconde si l'on emploie la droite. Supposons qu'on ait fait usage de cette dernière, on la place en supination devant l'angle sacro-vertébral, on pousse les fesses de bas en haut, en même temps qu'on cherche à impri-

mer un mouvement de rotation au tronc, pour le décider à s'incliner vers la partie antérieure de l'utérus; on va dégager les pieds, on les amène au-dehors, et l'on termine comme dans la première position des pieds.

Dans la quatrième position, qui est la plus rare, peu importe également de quelle main on se sert. Si c'est la gauche, on la dirige le long des parties latérales droites de la mère, on saisit les fesses du fœtus, on les refoule de bas en haut, on imprime au corps un mouvement de rotation qui ramène le sacrum au niveau de la symphyse sacro-iliaque de la mère, pour lui faire suivre la partie externe latérale droite de l'utérus, on va chercher les pieds, on les amène à l'orifice, et l'on termine comme dans la première position des pieds. Mais il faut savoir que cette quatrième position est une des plus difficiles et des plus dangereuses. Nous avons donné des soins à une femme chez laquelle le fœtus se présenta ainsi; il survint des accidens graves, entre autres des escarres de plus de six pouces d'étendue, et nous craignîmes pendant long-temps une fistule vésico-vaginale; il s'opéra une déchirure non seulement du périnée, mais encore du rectum.

CHAPITRE III.

DES INSTRUMENS USITÉS DANS LES ACCOUCHEMENS ARTIFICIELS.

La main seule ne suffit malheureusement pas toujours pour terminer l'accouchement dans les cas où la nature ne peut accomplir seule l'expulsion du fœtus. On est alors obligé de recourir à des instrumens, qui varient en raison des circonstances.

Il n'est peut-être pas d'opération chirurgicale qui ait donné lieu à l'invention d'un plus grand nombre d'instrumens, souvent bizarres et meurtriers, que les accouchemens. Mais, à mesure que l'art a fait des progrès, on a abandonné ces instrumens, imaginés dans des siècles d'ignorance, pour ne conserver que ceux dont l'utilité était bien constatée.

Les instrumens aujourd'hui en usage peuvent être rapportés à trois séries principales, suivant leur manière d'agir.

1° Ceux qui sont destinés à être appliqués sur le fœtus sans intéresser aucune de ses parties, savoir : les lacs, les crochets mousses, le levier et le forceps,

2° Ceux qui sont également destinés à être appliqués sur le fœtus, mais qui ne peuvent agir qu'en intéressant ou divisant plus ou moins ses parties, comme les crochets aigus et les perce-crânes;

3° Enfin, ceux qui agissent sur les parties de la mère, et auxquels on a recours dans les diverses opérations qu'il faut quelquefois faire subir à cette dernière pour rendre l'accouchement possible.

Nous ne parlerons ici que des instrumens de la première série. Ceux de la seconde et de la troisième seront indiqués plus tard, à l'occasion de chacun des cas qui en nécessitent l'emploi.

ARTICLE PREMIER.

DES LACS.

De tous les instrumens employés dans les accouchemens, les plus simples sont les lacs. On pourrait dire aussi que ce sont les moins nécessaires, car nous

sommes persuadé qu'on s'en passerait sans nul inconvénient dans la plupart des circonstances. Néanmoins, il y a des cas où, sans être indispensables, ils peuvent avoir de l'utilité et faciliter l'accouchement.

Ces lacs consistent en des rubans de laine, de soie, de coton ou de fil, ayant une aune de long, sur un ou deux travers de doigt de largeur. Nous préférons ceux de laine, parce qu'ils ont plus d'élasticité que les autres, et que, quand ils sont imprégnés de liquides, ils déterminent une constriction moins forte sur les parties du fœtus qu'ils embrassent.

Quand on veut faire usage des lacs, on en réunit les deux chefs avec une main; on place l'autre main dans l'anse formée par la partie moyenne du ruban; puis, rapprochant le doigt indicateur, le médius et le pouce de cette main, on contourne l'anse de manière à en former un nœud coulant; alors on introduit la main coiffée par ce nœud dans les organes de la génération; on saisit le membre du fœtus qu'on veut attirer, on le fait passer dans le nœud en fléchissant les doigts l'un sur l'autre, afin qu'il puisse glisser sur le membre; et quand celui-ci est embrassé, on tire sur les deux chefs que l'autre main retient, pour serrer le nœud.

On a imaginé un instrument, appelé porte-lacs, qui sert à introduire le lacs à une grande profondeur dans les organes de la mère; mais cet instrument peut être suppléé par une simple tige ou une baguette. D'ailleurs, quand l'introduction du lacs présente des difficultés, nous ne croyons pas qu'il y ait utilité de la tenter, car alors le ruban ne sert plus comme simple moyen contentif, mais il est destiné à exercer des tractions sur

le membre saisi; or, ces tractions peuvent déterminer la distension des articulations, la déchirure des ligamens, et même la rupture des os du fœtus.

On a recours aux lacs dans les présentations des pieds, lorsqu'on n'a saisi qu'un seul pied, afin de procéder à la recherche de l'autre; mais, avec de l'habitude, on peut se passer de cet instrument. C'est surtout dans la sortie du bras qu'il convient d'y recourir, pour fixer le membre au-dehors et empêcher qu'il ne s'arc-boute contre la circonférence du bassin au moment où le tronc vient à sortir. Ce cas est vraiment le seul où il convienne d'employer les lacs. Cependant beaucoup d'accoucheurs les conseillent dans les présentations des genoux; mais le doigt recourbé en manière de crochet suffit ordinairement alors. Nous en dirons autant de la présentation des fesses; comme il est impossible d'introduire un lacs dans le pli de l'aine, le doigt suffit également, et donne même plus de facilité pour tirer sur la partie que l'on veut amener au-dehors; d'ailleurs le crochet mousse ou le manche du forceps serait encore préférable aux lacs, si l'on ne pouvait arriver au but avec le doigt seul. Enfin quelques empiriques n'ont pas craint de conseiller l'emploi du lacs pour extraire les épaules quand la tête du fœtus est arrivée au-dehors. Nous aurions eu de la peine à croire qu'une pareille manœuvre eût jamais pu être employée, si nous n'avions entendu dire à Dubois père qu'il avait été appelé pour assister une femme chez laquelle, la tête ayant franchi la vulve depuis un laps de temps assez long, son ignorant prédécesseur avait eu l'absurde idée d'entourer le col du fœtus d'un lien dont il s'était ensuite servi pour tirer dessus.

En définitive, nous croyons qu'il n'y a que deux circonstances où l'emploi du lacs puisse être avantageux, savoir, dans la présentation des pieds, quand on veut procéder à la recherche du second pied, et dans la présentation du bras; encore même n'est-il pas alors indispensable.

ARTICLE II.

DES CROCHETS MOUSSES.

Les crochets mousses consistent tout simplement en une tige métallique recourbée à l'une de ses extrémités, qui est arrondie.

Ces instrumens ont été employés dans les mêmes circonstances que les lacs, et surtout dans les présentations de l'extrémité pelvienne, notamment celles des genoux et des fesses. Quelques personnes ont pensé que, quand les genoux étaient trop engagés, et qu'il n'y avait plus possibilité d'aller chercher les pieds, on devait appliquer un crochet sur le pli des jarrets. Mais comme le doigt peut alors suffire, nous croyons qu'il est inutile de recourir à cet instrument. Nous en restreignons l'emploi aux deux seuls cas suivans : celui de présentation des fesses, et celui dans lequel les fesses, étant dégagées, ne le sont cependant point assez pour s'opposer à ce qu'on aille chercher les pieds avec l'extrémité du doigt recourbée en crochet, ou bien quand le fœtus a un volume tellement considérable que, lors même que le pli de l'aine serait accessible au doigt, il y aurait impossibilité d'exercer dessus des tractions suffisantes. Enfin, les crochets pourraient devenir utiles si, la tête du fœtus étant arrivée hors les parties externes de la génération, le volume du thorax mettait

obstacle à la sortie de cette partie du corps : dans le cas où le doigt ne pourrait alors atteindre le pli de l'aine, il conviendrait de diriger un crochet mousse dans le creux de l'aisselle correspondante à l'épaule qui serait la plus rapprochée du sacrum de la mère, pour déterminer l'engagement de cette épaule. Peut-être encore pourrait-on préférer les crochets mousses aux crochets aigus dans les circonstances où il devient nécessaire de procéder à la mutilation du fœtus ; mais ce sont là des cas exceptionnels.

La meilleure manière d'appliquer cet instrument est de l'introduire comme nous verrons qu'on le fait pour une branche du forceps, et à le faire glisser, la pointe dirigée vers la face palmaire de la main qui lui sert de guide, jusqu'à ce qu'il soit parvenu au niveau de la partie du fœtus qu'on veut saisir ; on lui imprime alors, sur son axe, un mouvement de rotation qui ramène l'extrémité libre dans le pli de l'aine ou du jarret qu'on veut entraîner. Si c'est sur l'aine qu'on opère, il faut prendre garde de blesser les organes génitaux.

ARTICLE III.

DU LEVIER.

De grandes discussions se sont élevées, vers la fin du siècle dernier, au sujet de la découverte du levier. Les uns ont cru voir la première idée de cette invention dans l'espèce de curette dont Celse dit qu'on se servait de son temps pour extraire les pierres de la vessie. D'autres la font remonter moins loin, et l'attribuent à Mauriceau, qui, en effet, employait, sans doute d'après l'exemple de Paré, une sorte de crochet mousse, à peu près semblable à la curette des lithotomistes,

pour tirer la tête de l'utérus, après la décollation du fœtus. Il en est enfin qui la rapportent aux frères Chamberlain, que plus généralement néanmoins on regarde comme les inventeurs du forceps.

Quoi qu'il en soit, c'est en Hollande que le levier commença à devenir célèbre, et si tant d'obscurité enveloppe son histoire, il faut en accuser le génie mercantile, tout-puissant sur les hommes de cette nation, même de ceux qui s'adonnaient aux professions les plus libérales. Il paraît que la totalité, ou peut-être seulement la moitié du secret des Chamberlain, fut acquise par Roonhuysen, Velsen et Bockelmann, et que le secret passa ensuite entre les mains de Bruyn, à la mort duquel il fut acheté par Vischer et Van de Poll, qui le rendirent public. Mais l'instrument, qui avait fait un si grand bruit tant que le mystère l'environnait, sembla très défectueux dès qu'il se montra au grand jour. C'était une lame d'acier, longue de dix pouces, sur dix de large, droite à sa partie moyenne, dans une étendue de trois pouces, et offrant une légère courbure à chacune de ses deux extrémités, de sorte qu'elle représentait assez bien le joug dont on se sert en certains pays pour accoupler les bœufs. Afin qu'elle fût moins glissante, on la garnissait, du côté des concavités, d'une couche d'emplâtre diapalme, par dessus laquelle on cousait une peau de chien mince et fort douce.

Dès que le levier fut devenu public, on s'empressa de le perfectionner. Plaatmann, Boom, Titsingh, Morand, Bruns, Fleurant, Pean, Rechberger, Goubelly, Baudelocque, Van Wy, Herbiniaux, Dease, Sims, Lowder, Aitken, Stark, Zeller, Trye, Dennisson,

Lœffler, Siebold, Maygrier, Pole, etc., l'ont plus ou moins modifié, tantôt en se contentant de changer la forme et la matière de l'extrémité qui sert de manche, tantôt en le courbant davantage, en l'allongeant, en le fenêtrant, en le rendant susceptible de varier ses courbures au moyen d'une vis de rappel. Aujourd'hui, ce n'est plus qu'une des branches du forceps ordinaire, très allongée, dépourvue d'entablure, peu courbée, à oreille largement fenêtrée, et à manche d'ébène, quelquefois brisée sur sa longueur, pour la rendre susceptible de se plier et plus portative. Le levier actuel n'a donc pas la moindre ressemblance avec celui de Roonhuysen.

Les inventeurs ou du moins les premiers prôneurs du levier le disaient destiné à être appliqué sur l'occiput du fœtus dans le cas d'enclavement : *Potentia agit in os occipitis* était leur adage. Ils l'introduisaient vers le sacrum de la mère, assez loin pour que sa courbure embrassât le front du fœtus, puis le ramenaient sur l'occiput situé derrière les pubis, en passant par le côté du bassin où ils trouvaient le moins d'obstacle. Or, cette manœuvre ne serait possible que dans l'enclavement bipariétal, seul cas qui permette de glisser un instrument entre l'occiput et le cercle pelvien. Il est donc probable qu'originairement, malgré les assertions des auteurs, on n'employait le levier que quand la tête, descendue dans l'excavation du bassin, ne pouvait surmonter la résistance des parties externes, et qu'on y avait recours alors, soit pour lui faire exécuter un mouvement de rotation, soit pour ramener l'occiput sous la symphyse, ou bien encore qu'on l'appliquait lorsque, les forces de la femme étant épuisées, les con-

tractions utérines n'avaient plus lieu. En tout cas, ce que l'on appelait enclavement ne pouvait être l'accident qui porte aujourd'hui ce nom; ce n'était qu'un simple arrêt de la tête au passage; autrement, vu la rareté du véritable enclavement, Bruyn n'aurait pu désenclaver huit cents têtes dans l'espace de quarante-deux ans, comme il prétendait l'avoir fait.

Les partisans du levier ne tardèrent pas à reconnaître que, pour rendre cet instrument applicable à tous les cas, il fallait en modifier la manœuvre.

Camper voulait qu'on le portât, le long du front, de la tempe ou de l'occiput jusqu'à l'angle inférieur de la mâchoire, qu'alors on élevât l'extrémité extérieure de la spatule, et qu'on pesât sur son milieu, en même temps qu'on tirait la tête à soi. Mais, en agissant ainsi, on irait contre les vues de la nature; car si la tête n'était point encore plongée dans l'excavation pelvienne, et surtout si elle était arrêtée au détroit abdominal, on pourrait la défléchir et la détourner de la voie qu'elle doit suivre. Cette manœuvre ne serait possible que dans le cas où la tête, ayant franchi le détroit abdominal, aurait été arrêtée par la résistance du périnée; on pourrait alors favoriser par là son mouvement d'extension.

D'autres, comme Titsingh et Herbiniaux, conseillaient d'appliquer le levier sur l'apophyse mastoïde. En se comportant de cette manière, on ne parviendrait tout au plus qu'à faire dévier la tête et à la renverser sur le côté opposé, ce qui ne serait point, à beaucoup près, un avantage.

Somme totale, on n'attache aujourd'hui que bien peu d'importance au levier, et cet instrument pour-

rait être banni de la pratique sans le moindre inconvénient. Il serait néanmoins susceptible d'offrir quelque utilité lorsque la tête, plongée dans l'excavation, se dévie et ne peut exécuter son mouvement de rotation; placé sur sa partie latérale, il pourrait alors servir quelquefois mieux que les doigts pour ramener l'occiput sous la symphyse pubienne. De même, dans les présentations de la face, si, au début du travail, on voulait tenter de redresser la tête, des tractions exercées par le levier sur l'occiput, en même temps que la main repousserait le menton, pourraient conduire au but en certaines circonstances. Mais, dans ces divers cas, l'une des branches du forceps suffirait, sans qu'il fût nécessaire de recourir à un instrument spécial.

ARTICLE IV.

DU FORCEPS.

L'origine du forceps semble être un peu postérieure à celle du levier, car tout porte à croire que c'est ce dernier instrument qui en a fourni l'idée. On s'accorde assez généralement à en attribuer l'invention à la famille des Chamberlain, des mains desquels il serait passé entre celles de Palfyn ou de Ledoux. Mais ce point historique ne sera sans doute jamais éclairci, à cause du voile dont l'intérêt privé l'a enveloppé à dessein. Ce qu'il y a de bien certain, seulement, c'est que l'instrument connu sous le nom de *mains* de Palfyn, malgré son peu de ressemblance avec celui dont on se sert aujourd'hui, en est devenu pour ainsi dire la souche, par une série de perfectionnemens successifs, dont les principaux ont été introduits par Smellie et Levret. En

effet, peu d'instrumens ont été plus modifiés que le forceps, qu'on a voulu aussi appeler *céphaloducteur*, car on en compte aujourd'hui environ une centaine d'espèces, entre lesquelles nous citerons, par ordre de date, ceux de Dusee, Giffard, Chapman, Mesnard, Bœhmer, Schlichting, Rathlaw, Levret, Pierre de Wind, Burton, Smellie, Bing, Pugh, Johnson, Fried, Petit, Leake, Van de Laar, Péan et Baudelocque, Orme, Lowder, Sleurs, Aitken, Young, Evans, Mayer, Starke, Coutouly, Forster, Boer, Osborn, Denman, Mulder, Santarelli, Saxtorph, Weisse, Wrisberg, Osiander, Eckard, Siebold, Brunninghausen, Thenance, Froriep, Uhlhoff, Ritgen, Davis, Guillon, Horn, Olmes, Haighton, Dubois, Flamant, Radfort, Mende, Meyrieu, Audibert, Colombat, Prout, etc. Dans l'impossibilité où nous sommes d'examiner ici toutes ces modifications, nous renvoyons pour leur histoire à l'ouvrage de Mulder (1), où l'on trouvera tous les éclaircissemens qu'on pourrait désirer à cet égard.

I. Description du forceps.

Les forceps usités aujourd'hui sont, considérés d'une manière générale, de grandes pinces à deux branches, dans lesquelles on distingue les mors, la jonction et les manches. Les mors sont des espèces de cuillers percées d'une longue et large fenêtre, et courbées doublement,

---

(1) *Historia literaria forcipum et vectium obstetricorum;* Leyde, 1794. Pour les modifications postérieures à la publication de cet ouvrage, dont M. Schlegel a publié, en 1798, une traduction allemande, enrichie d'additions, il est indispensable de recourir aux opuscules de Reiss (*Rech. hist. sur le forceps*, Strasbourg, 1806) et de Rist (*Essai hist. et crit. sur le forceps*, Strasbourg, 1818), ainsi qu'aux différens journaux de médecine.

c'est-à-dire suivant leur axe longitudinal et suivant leur axe transversal. La jonction s'opère par le moyen de deux entablures à mi-fer, pratiquées à la base de la courbure longitudinale des mors; l'une des entablures offre un pivot mobile, et l'autre une ouverture destinée à recevoir ce pivot, dont la tête, en changeant de direction, ferme et consolide l'instrument. On appelle *branche mâle* celle qui porte le pivot, et *branche femelle* celle qui le reçoit. Les manches décrivent une courbure près de la jonction des branches, afin que la main puisse mieux saisir l'instrument quand il est fermé, et leurs extrémités se courbent aussi en dehors, dans le sens du plus grand écartement des cuillers.

Quant à notre forceps particulier, nous n'avons pas la prétention de le donner comme une chose nouvelle; nous avons seulement cherché à y réunir ce qui nous a paru être des perfectionnemens réels dans les précédens. Du reste, c'est une modification de celui de Levret, allongé par Péan. Il a seize pouces et six lignes de long. Les branches sont de forme ovale en dessous; leur largeur est de sept lignes et demie, leur épaisseur de trois. Réunies, elles offrent, près du pivot, une épaisseur de sept lignes. Il y a neuf pouces trois lignes de l'extrémité des cuillers au pivot. L'écartement, au centre des cuillers, est de dix-neuf lignes en dessus, et de vingt et une en dessous. Au bas des cuillers, pour arriver au point de jonction, les branches sont plus resserrées que dans les autres forceps, disposition qui prévient la déchirure de la vulve, et fait que cette partie ne peut être dilatée que par la tête du fœtus, au moment où celle-ci va arriver au-dehors. Les cuillers ont quatre pouces neuf lignes de long, sur cinq lignes de large; épaisses

seulement d'une ligne à leur bord interne, les fenêtres le sont de deux lignes à leur bord externe, ce qui permet aux bosses pariétales de s'y loger sans que le diamètre bipariétal de la tête éprouve une augmentation sensible. Les manches sont recourbés en crochet. Celui de la branche mâle se termine par une olive formant un crochet mousse, et qui, en se dévissant, laisse à découvert un crochet aigu, qu'elle renferme. Celui de la branche femelle représente un crochet angulaire formant une gaîne à dos, qui cache un perce-crâne (*Atlas*, pl. 54, fig. 1). Une clef (fig. 2) sert à serrer le pivot et à desserrer les crochets.

II. Partie du fœtus sur laquelle doit être appliqué le forceps.

Le forceps ne doit jamais être appliqué que sur la tête. Smellie, d'après une observation recueillie par Pudecomb et quelques autres écrivains postérieurs, ont bien conseillé de le placer aussi sur le bassin, croyant par là contribuer au perfectionnement de l'art; mais, loin d'offrir des avantages, cette méthode n'aurait, au contraire, que de graves inconvéniens; car la pression exercée par les cuillers manquerait rarement d'écraser, ou au moins de désunir les os pelviens, qui sont encore en grande partie cartilagineux chez l'enfant naissant. En supposant même que l'action ne fût pas assez forte pour disloquer le bassin, elle suffirait toujours pour compromettre l'existence du fœtus, en déterminant des contusions, soit sur le rachis et le cordon ombilical, soit sur les parties inférieures de la poitrine, les hypochondres et les organes contenus dans les cavités thoracique et abdominale. Tout au plus pourrait-on se permettre d'appliquer le forceps sur le bassin si l'on

avait la certitude de la mort du fœtus, afin d'éviter une autre opération; encore serait-il préférable alors de recourir d'abord aux crochets mousses.

Quelques personnes ont pensé que l'utilité du forceps consistait principalement en ce que, diminuant le volume de la tête du fœtus par la pression qu'il exerce sur elle, et mettant cette partie plus en harmonie avec l'étendue du bassin de la mère, il la rendait apte à sortir malgré la diminution anormale des diamètres pelviens. Voulant savoir quel degré de confiance on devait accorder à cette assertion, Baudelocque prit neuf têtes d'enfans à terme, morts au moment de la naissance, fit en sorte de leur restituer la souplesse ordinaire en les plongeant dans l'eau chaude et les pétrissant un peu avec les mains, puis les soumit à l'action de trois forceps d'élite, en ayant soin de rapprocher, jusqu'à ce qu'elles se touchassent, les branches, tantôt maintenues avec les mains seules, et tantôt serrées par un lien : quoique la compression eût été assez forte pour fausser les instrumens, fracturer les os du crâne, et donner issue à la masse cérébrale à travers l'ouverture, jamais la réduction obtenue ne dépassa trois à quatre lignes, quand le forceps agissait sur les côtés de la tête.

On avait pensé aussi que, quand la tête était comprimée suivant son diamètre bipariétal, elle gagnait dans les autres sens ce qu'elle perdait dans celui-ci. Les expériences de Baudelocque ont également détruit cette supposition, en démontrant que les diamètres qui croisent celui suivant lequel on comprime la tête, loin de s'accroître dans les mêmes proportions que celui-ci diminue, n'augmentent pas d'un quart de ligne pour

l'ordinaire, et deviennent même quelquefois plus petits. Au reste, il était facile de prévoir ce résultat; car si, toutes les fois qu'on comprime la tête latéralement, on lui faisait gagner dans un sens ce qu'elle perd dans l'autre, il résulterait de là que l'application du forceps ne serait jamais utile dans les enclavemens, tandis que ce sont là précisément des cas qui obligent d'y recourir. Supposons, en effet, que la tête fût enclavée suivant son diamètre antéro-postérieur, en la comprimant latéralement, on ne ferait que multiplier les points de contact entre elle et le bassin et l'appliquer d'une manière plus intime encore aux points du cercle pelvien entre lesquels elle se trouve déjà serrée; or, il n'en arrive pas ainsi.

D'autres, parmi les partisans exagérés du forceps, ont dit que, les expériences de Baudeloque ayant été exécutées sur des enfants hors du sein de leur mère, n'étaient pas propres à faire juger du degré de réduction que la tête peut éprouver sous l'influence réunie de l'instrument et du bassin. Suivant eux, le cercle osseux décrit par le bassin vicié à travers lequel on s'efforce d'amener la tête engagée entre les serres du forceps, doit agir sur ces dernières comme l'anneau qu'on glisse le long du corps de certaines tenailles, pour en rapprocher les mâchoires et mieux fixer ce qu'elles embrassent, puisque l'instrument ainsi disposé forme une espèce d'ellipse dont le ventre se trouve au-dessus du cercle osseux. Mais, si les choses se passaient ainsi, ce serait une circonstance fort grave et pour la mère et pour le fœtus; car une compression assez forte pour opérer la réduction de la tête, outre qu'elle compromettrait la vie de l'enfant, exposerait la femme à des

déchirures, à des contusions et à des escarres gangréneuses.

Ainsi, quoique divers auteurs aient prétendu que la réduction de la tête peut être portée à six lignes, et qu'Osiander assure même en avoir obtenu une de près d'un pouce, il est permis, sans discuter d'ailleurs la véracité de ces assertions, d'affirmer qu'on ne saurait la porter jusque là dans l'immense majorité des cas, et que, quand bien même il y aurait possibilité d'y parvenir, on ne devrait jamais le faire, parce qu'infailliblement on causerait la mort de l'enfant. Les détracteurs du forceps ont dit, d'après cela, que l'instrument était inutile, puisque, la réduction ne pouvant point être prudemment portée au-delà de deux ou trois lignes, et les branches ayant au moins trois ou quatre lignes d'épaisseur, si l'on ajoute cette épaisseur au volume de la tête, on a, pour celle-ci, une masse égale ou même supérieure à celle qu'elle présentait auparavant. Cette objection manque de bonne foi, ou ceux qui l'ont élevée n'ont pas réfléchi que, quand on saisit la tête de l'enfant, et qu'on opère une réduction de trois lignes, le volume de l'instrument n'augmente pas d'une manière sensible celui de la tête, parce que les bosses pariétales se logent dans l'écartement des branches.

III. Cas qui réclament l'emploi du forceps.

Nous venons de voir qu'il ne faut jamais employer le forceps dans l'intention d'obtenir une diminution notable de la tête du fœtus, que par conséquent on ne doit point le mettre en usage quand le bassin maternel est mal conformé et trop étroit pour laisser passer cette tête; la réduction susceptible d'être obtenue avec son

secours ne peut jamais être portée au-delà d'une ou deux lignes sans compromettre la vie de l'enfant et quelquefois même celle de la mère. Mais il y a beaucoup d'autres circonstances dans lesquelles l'application de cet instrument est utile ou nécessaire. On y a recours :

1° Pour faire achever un mouvement de la tête incomplétement exécuté;

2° Pour suppléer aux forces épuisées de la mère, après avoir essayé en vain tous les moyens propres à ranimer la contractilité utérine;

3° Pour remédier à un accident grave survenu pendant le travail, comme hémorrhagie abondante, syncopes plus ou moins répétées et convulsions, du côté de la mère; prolapsus du cordon ombilical du côté du fœtus;

4° Pour prévenir les fâcheuses conséquences que pourrait entraîner le travail abandonné à lui-même dans un cas de hernie irréductible, étranglée ou menacée d'étranglement, d'hémoptysie, d'anévrysme, de grande dyspnée, etc.;

5° Enfin pour aider à la sortie de la tête dans le cas d'un léger défaut de proportion entre elle et les détroits du bassin, ou dans celui d'enclavement.

IV. Règles générales à suivre dans l'application du forceps.

Les règles générales qu'on doit suivre dans l'application du forceps sont relatives, les unes à la femme, les autres à la manière de disposer et de manœuvrer l'instrument.

Par rapport à la femme :

L'emploi du forceps, ou, comme dit le vulgaire, des *ferremens*, inspire toujours de l'effroi aux femmes ; il faut, suivant le conseil donné par Baudelocque, commencer par les familiariser avec cet instrument, le leur montrer, leur en expliquer le mécanisme et le but, et les convaincre ainsi qu'il ne peut avoir aucun inconvénient, ni pour elles, ni pour leur enfant.

On s'occupe ensuite de leur donner une situation convenable. Quelques auteurs ont prétendu qu'on pouvait se contenter de les coucher en long sur le lit, quand la tête du fœtus était plongée dans l'excavation pelvienne. Cette position ne vaut rien, parce que, le siége se trouvant trop enfoncé dans les matelas, on n'a point assez de liberté pour exécuter les mouvemens nécessaires. La meilleure est celle que nous avons assignée pour les accouchemens artificiels dans lesquels on a recours à la version.

Il ne faut jamais appliquer le forceps avant que le col de l'utérus soit suffisamment dilaté. En négligeant cette précaution, on s'exposerait à déchirer les bords du col utérin, et, quand on aurait saisi la tête, il pourrait arriver que ce col, trop peu ouvert, la coiffât, ce qui entraînerait un prolapsus de l'organe. On serait exposé, en outre, à engager l'instrument entre le col et le cul-de-sac formé par le vagin.

Par rapport à l'instrument :

On doit, pendant l'hiver surtout, le chauffer, non en l'approchant du feu, qui pourrait lui communiquer une température trop élevée, mais en le plongeant dans de l'eau à 25 ou 28 degrés du thermomètre de Réau-

mur. Sans cette précaution, on courrait risque d'accroître l'irritation, déjà si vive, des parties.

On a soin d'en oindre les cuillers d'un corps gras ou mucilagineux, afin de favoriser le glissement.

Chaque branche doit être introduite isolément.

La plupart des auteurs donnent le conseil de les saisir comme une plume à écrire. Une telle méthode est défectueuse sous beaucoup de rapports. Quoiqu'il ne faille pas employer une grande force pour contenir l'instrument, cette force doit cependant être suffisante pour l'empêcher de glisser, et, dans la position indiquée, l'opérateur n'en a point assez; pour peu que des obstacles surviennent, l'instrument, enduit de graisse et des mucosités qui coulent des parties génitales, lui échappe avec une grande facilité. Il faut donc tenir chaque branche comme on saisit un bistouri avec lequel on se propose de faire une incision (*Atlas*, pl. LIV, fig. 3).

Pour introduire chaque branche, on la guide avec les doigts de la main qui ne tient pas l'instrument, jusqu'à ce qu'elle ait pénétré entre le col utérin et la tête du fœtus. Si la tête n'est pas encore entièrement plongée dans l'excavation, et qu'il existe un bourrelet formé par le col de l'utérus, il convient d'introduire au moins un doigt entre la tête et ce dernier, pour éviter de le pincer. Si la tête est plongée, et qu'on ne puisse porter le doigt jusqu'au col, une fois que l'extrémité du forceps a quitté la main qui lui servait de conducteur, on a soin de la faire glisser en rampant sur la tête, toujours en ramenant l'instrument de dehors en dedans.

Pour faire pénétrer les branches dans les organes, il

ne faut jamais employer ni force ni brusquerie. L'introduction doit se faire lentement, sans efforts, et pour ainsi dire d'elle-même, par des pressions douces et graduées. Si l'extrémité vient à butter contre la tête du fœtus, ou contre un point quelconque des parois du bassin, si des replis formés par les tégumens du crâne et par les parties molles de la mère s'opposent à sa progression, on surmonte ces obstacles en changeant l'inclinaison de la branche et en lui imprimant un léger mouvement de vacillation.

En général, c'est la branche mâle qu'on doit introduire la première; puis on fait pénétrer la branche femelle, après quoi on les réunit toutes deux, en plaçant le pivot de l'une dans la mortaise de l'autre.

Quand on a introduit la première branche à une grande profondeur, il faut que l'aide auquel on en confie le manche ait bien le soin de ne point changer la direction qu'on lui a donnée; autrement, la tête se trouvant poussée du côté opposé, et venant s'appuyer contre la circonférence du bassin, il ne resterait plus assez de place pour faire pénétrer la seconde branche.

Les branches doivent toujours être appliquées sur les parties latérales de la tête, de manière que le diamètre occipito-mentonnier réponde à l'axe du forceps, et le bipariétal aux cuillers. Cette règle ne souffre d'exception que dans le cas d'enclavement bipariétal; car alors on est obligé d'appliquer l'une des branches sur la face et l'autre sur l'occiput.

Les branches étant réunies, on exerce une certaine pression sur l'extrémité des branches, pour s'assurer qu'aucune partie de la mère n'est pincée entre le for-

ceps et la tête, et quelques légères tractions, pour se convaincre que celle-ci a été bien saisie.

Avant de procéder à l'extraction du fœtus, il faut rapprocher les branches avec la main placée à leur extrémité, les serrer assez pour exercer une pression qui empêche la tête de s'échapper, puis les maintenir avec un lacs placé dans les crochets, afin que cette pression ne puisse plus varier.

Il ne faut tirer sur la tête ni d'une manière brusque, ni par saccades. Les tractions doivent être continues et accompagnées d'oscillations à droite et à gauche, qu'on a grand soin d'imprimer doucement, afin de ne pas contondre les parties voisines, et pour leur donner le temps de céder sans se rompre; on ne tire pas non plus en ligne droite, mais en suivant successivement les axes du détroit abdominal, de l'excavation pelvienne et du détroit périnéal. Il faut avoir bien présens à l'esprit les divers mouvemens que la tête doit exécuter pour traverser la filière du bassin; car ce n'est qu'en imitant la nature que l'on devient réellement utile; en s'écartant de cette voie, en substituant la force à l'intelligence, on se créerait des difficultés parfois insurmontables, et, dans tous les cas, on exposerait la mère et l'enfant à des accidens plus ou moins graves, si même on ne compromettait pas leur existence.

V. Règles à suivre dans chaque cas particulier.

I. *La tête est plongée dans l'excavation pelvienne, après avoir exécuté tous ses mouvemens.*

Ce cas est le plus simple de tous, et heureusement

le plus ordinaire. La marche à suivre varie un peu, suivant les diverses positions que la tête affecte.

A. Nous supposerons d'abord son diamètre occipito-frontal coïncidant avec le diamètre antéro-postérieur du bassin.

1° Lorsque l'occiput du fœtus est en rapport avec la partie inférieure de la symphyse pubienne, et la face avec la concavité du sacrum, on saisit la branche mâle du forceps de la main gauche, par sa partie moyenne; on place trois doigts de l'autre main entre la paroi gauche de la fente vulvaire et la tête de l'enfant, et l'on présente l'extrémité de la cuiller à la vulve, dans la direction de son axe. Il faut que la main gauche corresponde à peu près à la fosse iliaque droite de la mère, en sorte que la branche soit couchée obliquement au-devant de l'aine, et le crochet qui la termine incliné à droite, en dehors du bassin (*Atlas*, pl. 54, fig. 1). On fait glisser l'instrument sur la face palmaire des doigts de la main droite, en abaissant peu à peu le manche entre les cuisses de la femme, et le rapprochant de la ligne médiane du corps. La branche doit pénétrer d'environ quatre ou cinq pouces, c'est-à-dire jusqu'à ce que l'extrémité de la cuiller soit arrivée sur l'angle de la mâchoire inférieure du fœtus, et du moins au niveau de la région malaire. Alors on la confie à un aide, et on procède à l'introduction de la branche femelle. On saisit celle-ci de la main droite, et on porte, entre le côté droit de la tête et la paroi correspondante de la vulve, trois doigts de la main gauche, qui servent de guide pour la mettre en place de la même manière que la précédente, et au-dessus d'elle (*Atlas*, pl. 55). On réunit ensuite les deux branches, on tourne le pivot

pour les fixer, on détermine le degré convenable de pression au moyen d'un lacs, auquel on fait décrire plusieurs 8 de chiffre sur l'extrémité des manches, et après avoir recouvert ceux-ci d'une serviette, afin d'empêcher qu'ils ne glissent, on procède à l'extraction du fœtus. Pour cela, on place la main gauche en dessus, au point de jonction des branches, le pivot entre les doigts médius et annulaire; on saisit l'extrémité des manches, en dessous des crochets, avec la main droite (*Atlas*, pl. 56, fig. 1), et l'on commence à exercer sur la tête les mouvemens de traction et de vacillation qui doivent amener l'occiput au-dessous de la symphyse du pubis et au-dehors de la vulve. Aussitôt que l'occiput a dépassé l'arcade pubienne, les mains, sans discontinuer d'agir de la même manière, relèvent lentement les manches du forceps, pour les ramener vers le ventre de la femme (*Atlas*, pl. 57, fig. 1); ce qui fait que la tête exécute un mouvement d'extension qui fait remonter l'occiput au-devant de la symphyse, tandis que le front et la face glissent et se dégagent au-devant de la commissure postérieure de la vulve. Une fois la tête amenée au-dehors, on défait le lien qui servait à rapprocher les branches, on tourne le pivot, on retire la branche femelle, en lui faisant suivre la même route, mais en sens inverse, que celle qu'elle a déjà parcourue, et l'on se comporte de la même manière pour enlever l'autre branche. Si la tête n'était pas complétement dégagée, il suffirait de passer au-dessus de l'angle de la mâchoire un doigt avec lequel on formerait un plan incliné qui pût servir à faire glisser les parties de la vulve au-dessous du menton. Dès que la tête est extraite, le reste de l'accouchement s'accomplit

ordinairement avec facilité. Cependant, lorsque le bassin est rétréci et le fœtus volumineux, ce dernier temps du travail est difficile. Il convient alors d'abaisser la tête pour engager l'épaule : aussitôt que celle-ci est arrivée au périnée, on passe sous l'aisselle le doigt courbé en crochet, avec lequel on saisit l'épaule, pour la ramener dans la concavité du sacrum et l'extraire.

2° Si la tête est arrivée au même point, mais dans une direction inverse, le front tourné vers la symphyse et l'occiput logé dans la concavité du sacrum, cette circonstance n'exige pas qu'on change rien au mode d'introduction des branches du forceps; mais la manœuvre diffère en raison de la manière dont la tête doit se dégager. Dans ce cas, en effet, c'est bien encore l'occiput qui apparaîtra le premier au-dehors, mais il sortira devant la commissure postérieure de la vulve. En conséquence, les premières tractions doivent être faites d'arrière en avant, vers le ventre de la mère, de manière à fléchir fortement la tête, pour que l'occiput arrive peu à peu au-devant du périnée. Dès qu'il y est parvenu, on cesse toute traction, ou, s'il est nécessaire, on tire légèrement, en abaissant le manche de l'instrument au-devant de l'anus, afin que toutes les parties de la face se dégagent à leur tour de dessous le pubis; ensuite on désarticule le forceps, et l'on en retire les deux pièces avec les mêmes précautions que précédemment.

B. Quand la tête, bien que plongée dans l'excavation pelvienne, conserve cependant la position diagonale qu'elle avait au détroit abdominal, il devient nécessaire d'apporter une modification dans l'introduction des branches.

1° S'agit-il d'une position occipito-cotyloïdienne gauche, on porte deux doigts de la main droite dans l'espace compris entre le sommet du coccyx et la tubérosité sciatique gauche; on présente la branche mâle à gauche et en arrière, de sorte que le crochet soit incliné vers l'aine droite de la mère, et on l'introduit en abaissant le manche et le ramenant de la partie moyenne du ventre vers la partie interne de la cuisse, afin que la branche pénètre dans la direction de la symphyse sacro-iliaque gauche; puis on introduit la branche femelle, obliquement aussi, à la partie inférieure latérale droite du bassin, et on la réunit à la précédente, de manière que le pivot regarde le pli de l'aine gauche de la femme (*Atlas*, pl. 58, fig. 1). Les Allemands, qui n'ont point égard à la position de la tête, et qui ne se dirigent que d'après le bassin seul, se contentent de placer la première branche à droite, et la seconde à gauche. Quand il n'existe aucun vice de conformation, cette méthode peut suffire pour faire exécuter le mouvement de rotation à la tête et ramener l'occiput derrière la symphyse; mais si le sacrum n'offre pas une concavité suffisante, si le bassin est trop étroit par rapport au volume de la tête du fœtus, la méthode allemande d'appliquer le forceps n'a pour résultat que d'accélérer le mouvement de rotation et de placer la tête diagonalement, en sorte que celle-ci, présentant son plus grand diamètre au détroit périnéal, ne pourrait être extraite facilement. Ce serait alors le cas d'appliquer la main gauche au niveau du pivot de l'instrument, la droite à l'extrémité des branches, de ramener celles-ci obliquement de bas en haut et de gauche à droite, pour placer l'occiput derrière et au-dessous de

la symphyse pubienne, et de continuer les tractions en imprimant des mouvemens de latéralité à l'instrument, dans le même temps qu'on le relèverait pour le renverser sur le ventre de la mère.

2° Dans la position fronto-cotyloïdienne gauche, la marche à suivre est la même : seulement la courbure de champ, au lieu de regarder l'occiput, doit être dirigée vers la face. Après avoir fait rouler la tête derrière la symphyse, on relève l'instrument, pour opérer le dégagement de l'occiput devant le périnée, puis on l'abaisse, afin de faire sortir la face de dessous les pubis.

3° Si la tête se trouve en position occipito-cotyloïdienne droite, on introduit la branche mâle sur la partie latérale gauche du bassin, dans l'intervalle compris entre la symphyse et la fosse obturatrice gauche, puis la branche femelle dans l'espace compris entre le sacrum et la tubérosité sciatique droite; après quoi, on les réunit ensemble, de manière que le pivot regarde la cavité cotyloïde droite de la femme. On porte alors la main droite au point de jonction; plaçant le pivot entre les doig s annulaire et médius, on applique la main gauche sous l'extrémité du forceps, et on porte les branches de bas en haut, et de droite à gauche, jusqu'à ce que le pivot corresponde vis-à-vis de la symphyse, pour faire rouler la tête dans le bassin et ramener l'occiput sous l'arcade pubienne, et terminer comme dans la première position.

4° Dans la position fronto-cotyloïdienne droite, la manœuvre est la même, à cela près que, dans le dernier temps, il faut relever le forceps, pour dégager l'occiput.

II. *La tête se trouve encore au-dessus du détroit abdominal.*

L'application du forceps sur la tête située encore au-dessus du détroit abdominal a été conseillée pour la première fois par Smellie. Cette opération présente des difficultés et même des dangers, surtout entre les mains de praticiens peu exercés. Elle est difficile en ce que la hauteur de la tête ne permet pas toujours d'en bien reconnaître la position, et en ce que sa mobilité fait qu'elle fuit devant l'instrument, qui ne la saisit pas constamment en plein. Elle est dangereuse en ce que, si le forceps glisse, pendant les tractions, sur la tête qu'il a mal embrassée, il peut blesser ou tuer le fœtus : aussi les cas dans lesquels il est permis d'y avoir recours nous paraissent-ils fort restreints. Nous les réduisons à deux : 1° celui d'un rétrécissement modéré du bassin ; nous pensons que toutes les fois que le diamètre antéro-postérieur ne sera pas au moins de trois pouces un quart, il faudra s'abstenir d'appliquer le forceps, l'enfant étant vivant; 2° celui d'un bassin bien conformé, mais où il y a impossibilité d'opérer la version, parce que, les eaux de l'amnios s'étant échappées depuis long-temps, l'utérus embrasse avec force toutes les parties du fœtus.

1° Si le grand diamètre de la tête correspond au diamètre antéro-postérieur du bassin, peu importe d'ailleurs que ce soit l'occiput ou le front qui regarde l'angle sacro-vertébral. Comme le doigt ne peut jamais, dans ce cas, être porté jusqu'à la tête pour guider l'instrument, il faut introduire la main droite entière, à la réserve du pouce, dans les organes de la génération, de manière à pouvoir placer au moins un doigt

entre le col utérin et la partie latérale gauche de la tête. On saisit alors la branche mâle, et l'on se comporte comme si le cas était simple, c'est-à-dire la tête plongée dans l'excavation pelvienne : seulement on doit faire pénétrer la branche à une plus grande profondeur. Il importe d'en abaisser le manche autant que possible, afin de déprimer la commissure postérieure de la vulve, surtout si la femme est primipare ; car, sans cette précaution, la tête ne serait saisie que par le bout des cuillers, et elle s'échapperait au premier effort de traction ; mais on doit bien se garder aussi de trop forcer ce mouvement, dans la crainte de blesser la paroi antérieure de l'utérus. La branche étant en place, on la confie à un aide, on saisit l'autre de la main droite, on introduit la main gauche entière dans les parties, en laissant le pouce à l'extérieur, et l'on cherche à glisser les doigts entre le col utérin et la tête. Si l'on ne pouvait arriver jusqu'au col, il faudrait porter la branche sur l'autre jusqu'à la tête, dont on lui ferait suivre ensuite la direction, afin qu'elle ne se fourvoyât pas dans le cul-de-sac du vagin. Les branches étant réunies et le degré de compression fixé, la main droite saisit le forceps à l'extrémité des manches et au-dessus des crochets ; la gauche se place au-dessous et en devant du point de jonction, le doigt indicateur logé dans l'écartement des cuillers (*Atlas*, pl. 59, fig. 1). On détourne l'occiput ou le front de dessus la symphyse, de manière à le ramener vers l'une des cavités cotyloïdes ; on tire la tête de haut en bas et parallèlement à la cuisse gauche de la mère, pour la faire arriver dans l'excavation ; on lui imprime un mouvement de rotation, au moyen duquel on porte les bran-

ches de bas en haut et de gauche à droite, afin de ramener l'occiput ou la face sous l'arcade pubienne, et on termine comme nous l'avons dit.

Il est des cas où la tête, quoique bien saisie, ne vient pas. Pour reconnaître si elle obéit aux tractions, on doit, après avoir saisi l'instrument de la main gauche, étendre le doigt indicateur de cette main dans l'écartement des branches, de manière à toucher le sommet de la tête; on imprime des mouvemens de rotation à cette dernière, en même temps qu'on exerce des tractions; et comme la main suit les mouvements du forceps, comme aussi l'extrémité du doigt s'applique sur le crâne, on s'assure si la tête suit l'impulsion qu'on lui communique.

2° Il peut arriver que la tête soit située transversalement, soit à cause de son volume considérable, proportionnellement au bassin, soit en raison de l'étroitesse de ce dernier. On conseille alors, si elle est très mobile, d'introduire la main dans les organes, d'imprimer à la tête un mouvement de rotation qui ramène l'occiput et le front en avant, et d'appliquer ensuite le forceps. Mais cette manœuvre serait inexécutable si le bassin était rétréci, ou si les eaux s'étaient écoulées depuis long-temps déjà. Voici alors comment on doit s'y prendre.

L'occiput regardant la fosse iliaque gauche, on glisse deux ou trois doigts de la main gauche dans le vagin, au-devant de la symphyse sacro-iliaque droite; on saisit la branche femelle de la main droite, on lui fait suivre la concavité du sacrum jusqu'à une certaine hauteur, on place les doigts qui lui ont servi de guide sur la partie convexe de la courbure de champ,

puis on lui imprime un mouvement de rotation, et on lui fait parcourir tout l'intervalle compris entre la symphyse sacro-iliaque gauche et la symphyse pubienne. Dans ce mouvement, la branche qui était d'abord placée sur la partie latérale gauche de la tête passe devant la face, et est ramenée sur la partie latérale droite, derrière la symphyse. Alors on abaisse fortement le manche, de manière que le crochet tombe pour ainsi dire perpendiculairement sur le sol. On confie cette branche à un aide, sans sortir la main qui l'a guidée, on saisit la branche mâle de la main droite, on la passe entre la main qui se trouve dans l'utérus et la branche femelle, on la dirige suivant la concavité du sacrum, et, pour la faire pénétrer d'une manière convenable, on abaisse fortement le manche. Lorsque les deux branches ont été réunies, le pivot doit regarder directement la face interne de la cuisse. On saisit le forceps comme précédemment, en allongeant le doigt indicateur dans l'intervalle des cuillers, afin de s'assurer si la tête obéit aux tractions; on entraîne celle-ci dans la position transversale où elle se trouve, on la fait arriver dans l'excavation pelvienne, on lui imprime un mouvement de rotation lent, pour loger l'occiput derrière la symphyse, on la fait osciller latéralement, et on renverse le forceps sur le ventre de la mère.

Si l'occiput regarde la fosse iliaque droite, on introduit la main droite sur les parties latérales de la tête, on fait pénétrer la branche mâle au-devant de la symphyse sacro-iliaque gauche, on la fait glisser d'arière en avant avec le doigt qui lui a servi de guide, et on la ramène sous la symphyse pubienne; puis, on introduit à son tour la branche femelle, en suivant la face

antérieure du sacrum. Si l'on ne pouvait laisser la main dans les organes, il faudrait saisir cette dernière de la main droite, l'introduire au-devant de l'intervalle compris entre le coccyx et le tuberosité sciatique droite, lui faire suivre la courbure du sacrum jusqu'à la hauteur convenable, et la réunir à l'autre. La tête étant saisie, on place la main droite au point de jonction des branches, en saisissant l'instrument en dessous, le doigt indicateur allongé. L'autre main, placée à l'extrémité des manches, imprime des tractions de haut en bas, parallèlement à la cuisse droite de la mère, afin d'engager la tête dans l'excavation pelvienne. Ensuite on fait rouler celle-ci sur son axe, pour amener l'occiput sous les pubis, et on termine de même que dans le cas précédent.

III. Enclavement de la tête.

On appelle *enclavement* un état dans lequel la tête, engagée à une plus ou moins grande profondeur dans la cavité pelvienne, s'y trouve serrée au point de ne pouvoir plus être poussée au-delà, ni mue en aucun sens, par les seuls efforts de la nature.

Mais il y a des auteurs, comme Lamotte, Deleurye et Levret, qui ont ajouté que la tête enclavée ne peut être refoulée par la main seule au-dessus du point où elle s'était arrêtée. Cette assertion est évidemment fausse ; car la tête ne pouvant s'enclaver qu'à la condition de passer d'un lieu plus large dans un autre plus resserré, où elle s'engage à la manière d'un coin, il doit toujours y avoir possibilité de la repousser au-delà du point où elle s'est fixée.

D'autres ont admis, avec Rœderer, deux espèces d'enclavements; l'un incomplet, où la tête ne touche avec force que par deux points diamétralement opposés de sa surface, soit au pubis et au sacrum, soit aux parties latérales du bassin; l'autre complet, où elle est également serrée de toutes parts, et tellement qu'on ne saurait glisser le corps le plus mince entre elle et le bassin, dans quelque lieu qu'on tente de le faire. Il suffit de comparer la forme de la tête avec celle du cercle osseux du détroit abdominal pour reconnaître qu'il n'y a pas harmonie parfaite entre la conformation de ces deux parties, et qu'en conséquence la paragomphose de Rœderer est impossible. Le seul enclavement possible est toujours incomplet, c'est-à-dire qu'il reste constamment quelques points de la circonférence de la tête qui ne sont point en contact avec celle du détroit.

Cet enclavement peut avoir lieu de deux manières : suivant le diamètre occipito-frontal de la tête, ou suivant son diamètre bipariétal; mais pour qu'il s'effectue, il faut un concours de circonstances qui se rencontrent rarement. Ainsi l'enclavement occipito-frontal exigerait que le mouvement d'extension de la tête s'opérât, non dans le bassin, mais dans l'intérieur de l'utérus, avant que la tête eût franchi le détroit abdominal. De même l'enclavement ne saurait se produire si le bassin est trop large ou trop étroit, et la tête trop petite ou trop volumineuse. Si l'ossification de cette dernière a fait peu de progrès, elle cède à la compression, et passe; si, au contraire, elle est solide et dure, elle reste et ne passe pas. Il faut aussi, du côté de la femme, une énergie renfermée d'ailleurs dans de certaines li-

mites; car, si la mère est faible, la tête ne s'engagera pas, et si elle est vigoureuse, la tête pourra surmonter tous les obstacles. Les conditions de la part du fœtus et de la femme qui sont nécessaires pour la production de l'enclavement, se trouvent rarement réunies; il en résulte que l'accident doit être beaucoup moins fréquent qu'on ne le prétendait jadis, surtout qu'on ne le disait à l'époque où le levier jouissait d'une si grande célébrité en Hollande. Tout porte donc à croire que les anciens praticiens qui disaient avoir remédié à des centaines d'enclavemens, n'avaient eu affaire qu'à des têtes arrêtées au passage, ou qui, après avoir franchi un détroit resserré, en rencontraient un autre également resserré, deux circonstances importantes à connaître sous le rapport de la pratique, et sur la seconde desquelles nous reviendrons plus loin. Cependant, quelque rare que soit le véritable enclavement, il suffit qu'on puisse le rencontrer, ne fût-ce qu'une seule fois sur dix mille accouchemens, pour obliger d'y consacrer de l'attention.

On a donné beaucoup de signes propres à faire reconnaître l'enclavement, et on les a distingués en précurseurs et pathognomoniques.

Les signes précurseurs se tirent du degré d'énergie des contractions utérines et musculaires. On a dit que la tête était menacée de s'enclaver lorsqu'elle séjournait long-temps au-dessus du détroit abdominal et que les tégumens du crâne se tuméfiaient; mais, dans combien de circonstances n'observe-t-on pas ce symptôme, sans que l'enclavement ait lieu? On a parlé aussi du gonflement du col utérin, formant un bourrelet plus ou moins épais au-dessous de la tête, de l'engorgement des

parois du vagin et de celui des parties génitales externes de la femme; mais ce ne sont là que des signes accessoires, bien qu'ils en soient inséparables.

Il n'y a qu'un seul signe certain de l'enclavement : c'est l'immobilité complète de la tête, dont un instrument quelconque ne peut parcourir au-delà du quart de la circonférence, étant arrêté par les points où elle touche au pourtour du bassin. Ce cas diffère beaucoup de celui dont nous venons de parler, et où la tête se trouve prise entre deux rétrécissemens, l'un supérieur, l'autre inférieur, du bassin. Supposons qu'un bassin soit rétréci par excès de saillie de l'angle sacro-vertébral, et que son détroit périnéal ait également moins d'étendue que de coutume : si la tête est médiocrement réductible, et que les contractions utérines soient énergiques, la tête aura d'abord de la peine à franchir le détroit abdominal; mais, à force d'être poussée, elle finira par céder et s'engager dans l'excavation pelvienne; là, se trouvant plus à l'aise, elle reprendra son volume primitif. Or, le détroit périnéal étant également rétréci, la femme, déjà épuisée, n'aura plus la force nécessaire pour expulser l'enfant; il sera alors impossible de refouler la tête, qu'on ne pourra pas non plus faire avancer; mais cette tête ne sera pas enclavée, car le doigt, porté sur elle, lui fera aisément exécuter des mouvemens autour de son axe. C'est là ce qui distingue ce cas du véritable enclavement; ici la tête étant fixée par deux points opsés de sa circonférence, l'action des doigts ne peut lui imprimer aucun mouvement de latéralité; mais, si elle ne peut avancer seule, avec un peu de patience on parvient à la refouler de bas en haut, et à faire cesser l'enclavement.

Lorsque l'enclavement persiste long-temps, il peut en résulter des dangers pour le fœtus et la mère.

La compression que subit la tête peut entraîner celle du cerveau, des ruptures de vaisseaux, la séparation de la dure-mère ou des tégumens du crâne, la rupture des os, des épanchemens, l'apoplexie, la mort.

D'un autre côté, si la tête du fœtus est fortement serrée, elle comprime aussi les parties molles de la mère, ce qui peut entraîner toutes les conséquences de la contusion, l'inflammation, la gangrène de la vessie, du col utérin, du rectum, des fistules vésico-vaginales ou recto-vaginales, même la rupture de l'utérus et le passage du fœtus dans la cavité abdominale.

Les anciens ne connaissaient qu'une manière d'agir en pareil cas : ils mutilaient le fœtus et l'arrachaient par lambeaux; les plus timides attendaient pour cela qu'il eût perdu la vie. S'il fallait absolument choisir entre ces deux méthodes, la première serait préférable, en ce qu'au moins elle soustrait la mère aux inconvéniens qui peuvent résulter du séjour trop prolongé de la tête dans l'excavation pelvienne. D'autres ont eu recours à l'opération césarienne ou à la symphyséotomie.

Les conséquences de l'enclavement pouvant être si graves, il importe de le prévenir, et surtout d'y remédier sans délai quand il existe. L'application du forceps est alors indiquée. Voici quelle est la conduite qu'on devrait tenir en pareil cas.

1° Dans l'enclavement occipito-frontal, l'application du forceps se fait de la même manière que dans les positions correspondantes du sommet au bas de l'excavation pelvienne. Il faut seulement porter les branches à une plus grande profondeur, et de plus, avant d'opé-

rer les tractions, faire cesser l'enclavement, sans quoi l'on augmenterait encore les points de contact entre la tête et les parties molles, qui se trouveraient par là exposées à des contusions et à des déchirures. A cet effet, la tête étant saisie convenablement, on l'ébranle par des mouvemens peu étendus, qui portent les manches alternativement vers l'une et l'autre cuisse de la femme; en même temps, on la repousse doucement de bas en haut, et, autant que possible, suivant l'axe du bassin. Le doigt indicateur allongé dans l'intervalle des branches, en touchant le sommet du crâne, sert de guide et indique les progrès que fait la tête. Si l'on se contentait de refouler cette dernière, sans lui imprimer des mouvemens de latéralité, on s'exposerait à ce que les branches du forceps glissassent sur elle, et allassent blesser la partie antérieure de l'utérus.

2° Une discussion s'est élevée entre Baudelocque et Deleurye par rapport à la question de savoir comment il faudrait saisir la tête dans le cas d'enclavement bipariétal ou transversal, si le bassin conservait encore assez d'étendue pour en rendre le complet et entier dégagement possible, sans qu'on fût obligé de recourir à une opération sanglante. Deleurye voulait qu'on la saisît par le diamètre occipito-mentonnier. D'assez graves inconvéniens ont été reprochés par Baudelocque à cette méthode. Elle serait pourtant la seule à mettre en usage, puisqu'en pareil cas il n'y a pas moyen d'introduire la main entre la tête et le bassin. Ainsi, on placerait la branche mâle sur le côté gauche de ce dernier, et la branche femelle sur son côté droit, et l'on imprimerait des mouvemens de latéralité à la tête, pour l'ébranler, en même temps qu'on chercherait à la re-

fouler de bas en haut. Dès qu'elle serait parvenue au-dessus du détroit supérieur, il faudrait changer la situation des branches, replacer l'une dans la concavité du sacrum, et l'autre derrière la symphyse, afin de pouvoir ramener l'occiput sous l'arcade pubienne, et terminer l'accouchement comme dans le cas de position occipito-ilium antérieure ou postérieure.

IV. Présentations de la face.

1° Dans la position mento-ilium droite, on place deux ou trois doigts dans l'espace compris entre le coccyx et la tubérosité sciatique gauche. On porte la branche mâle au-devant de leur face palmaire, on l'introduit suivant la direction de la symphyse sacro-iliaque gauche, et on ramène deux doigts sur sa convexité, pour la faire cheminer, d'arrière en avant, jusque sous la symphyse pubienne, de manière que la courbure de champ se trouve en rapport avec le menton du fœtus. Cette branche étant posée, on procède à l'introduction de la seconde, sans avoir besoin de retirer la main dont on s'est servi pour guider l'autre, car il suffit de faire passer la branche femelle au-devant de la branche mâle, et de l'enfoncer à la même profondeur que celle-ci, en suivant la concavité du sacrum. Le pivot doit regarder la face interne de la cuisse gauche de la mère. On saisit le forceps au point de jonction des branches, plaçant la main droite en dessus et la gauche au bout des manches. Après avoir déterminé le degré de compression, on tire parallèlement à la cuisse droite de la mère, pour faire arriver la tête dans l'excavation pelvienne, et on lui imprime un mouvement de rotation de bas en haut et de droite à gauche, qui tourne le pivot

vis-à-vis de la symphyse pubienne. Puis, en continuant de tirer en arrière, on amène le menton à la vulve; il suffit alors de relever les branches pour voir toutes les parties de la face se dégager successivement.

2° Dans la position mento-ilium gauche, la manœuvre est la même, si ce n'est qu'au lieu de la branche mâle c'est la branche femelle qu'il faut introduire d'abord. Ainsi, on porte sur la partie latérale droite du bassin trois doigts de la main gauche, qui servent à guider cette branche, qu'on enfonce, suivant la direction de la symphyse sacro-iliaque droite, jusqu'à une profondeur convenable; après quoi on place deux doigts sur sa convexité, pour lui faire parcourir environ les deux tiers de la circonférence du bassin, et en ramener la cuiller sous la symphyse; puis, sans retirer la main, on introduit l'autre branche, suivant la concavité du sacrum, jusqu'à la même hauteur que la première. Les deux branches étant réunies, le pivot doit regarder la face interne de la cuisse gauche de la mère. Alors la main gauche saisit l'instrument en dessus, la droite empoigne l'extrémité des branches, et l'on tire parallèlement à la cuisse gauche, pour faire arriver le menton du fœtus dans l'excavation pelvienne; on imprime aux manches des mouvements de bas en haut et de gauche à droite, qui ramènent le pivot au-devant de la symphyse; le menton se trouvant alors situé derrière cette dernière, on tire de bas en haut, pour le faire parvenir au-dessus d'elle, et une fois qu'on l'a dégagé, il suffit de relever l'instrument pour opérer l'extraction du fœtus.

S'il s'agissait d'un cas où la tête, plongée dans l'excavation pelvienne, eût exécuté son mouvement de ro-

tation, et que le menton fût déjà placé derrière la symphyse pubienne, l'application du forceps serait plus simple. On placerait la branche mâle à gauche du bassin, la branche femelle à droite, et, la tête étant saisie, il n'y aurait plus que le dernier temps de l'extraction à exécuter.

Dans ces manœuvres, Baudelocque veut qu'on serre peu la tête, quand on l'a saisie, afin qu'en parcourant le bassin, elle puisse se redresser, c'est-à-dire se fléchir sur la poitrine; il conseille même, si on ne réussit pas ainsi, de dégager l'une des branches pour s'en servir en guise de levier propre à abaisser l'occiput, et qu'ensuite on réapplique l'instrument comme dans une présentation du sommet. Cette manœuvre est inexécutable sur la femme vivante, et jamais on ne parvient à redresser la tête; on l'entraîne comme on peut : seulement, lorsqu'on ramène le menton, il faut procéder avec lenteur, afin de permettre au tronc d'exécuter un mouvement de rotation, et pour ne pas tordre le cou.

V. La tête est retenue encore dans les parties, le tronc étant dehors.

Lorsque, le fœtus ayant été dégagé par les pieds, le tronc se trouve au-dehors, tandis que la tête séjourne encore dans les organes de la mère, le praticien qui connaît bien la théorie des évolutions évite sans peine tous les accidens; si d'ailleurs la femme est bien conformée, il n'a pas besoin du forceps pour terminer l'accouchement. Mais il peut être obligé d'y recourir quand un de ces empiriques chez lesquels la violence et la brusquerie remplacent l'adresse et le savoir-faire,

a exercé sur le tronc, pour entraîner la tête, des tractions dont le moindre inconvénient est d'occasionner un enclavement artificiel. Si, en pareil cas, on ne peut remédier à l'accident à l'aide des doigts seuls, il faut employer le forceps, sinon pour sauver l'enfant, qui presque toujours a été victime des fausses manœuvres, du moins pour débarrasser la mère.

1° L'occiput étant logé derrière la symphyse pubienne, on réunit les bras sur les parties latérales du tronc, on enveloppe celui-ci d'un linge sec, et on le confie à un aide, qui le soulève de manière à le renverser un peu sur le ventre de la mère; on saisit la branche mâle, on passe deux doigts au-devant du ligament sacro-sciatique, et on soulève le corps pour faire glisser cette branche à une profondeur convenable sur la partie latérale droite du bassin, puis on les confie à l'aide, qui a soin d'en abaisser le manche, afin de laisser un espace suffisant à l'introduction de l'autre branche; on guide celle-ci, au moyen des doigts qui sont déjà dans l'utérus, entre la branche mâle et la région sternale du fœtus; on réunit les deux branches après avoir saisi la tête, et l'on se comporte ensuite comme dans une présentation de sommet (*Atlas*, pl. 60, fig. 1).

Si la tête était enclavée, il faudrait commencer par l'ébranler, afin de faire cesser l'enclavement; si elle n'était que mal engagée, il suffirait de l'incliner à droite ou à gauche, au moyen du forceps, suivant qu'on voudrait ramener l'occiput vers l'un ou l'autre des diamètres obliques du bassin.

2° Si la tête est arrêtée dans l'excavation pelvienne, ou au-dessous du détroit abdominal, on cherche à l'engager de telle sorte, que le front corresponde à la

symphyse pubienne, et l'occiput à la concavité du sacrum. L'application du forceps présente alors plus de difficultés que dans le cas précédent, à cause du peu d'espace qu'on a pour manœuvrer les branches. Après avoir enveloppé le tronc du fœtus, comme nous venons de le dire, on le porte fortement en bas et en arrière, pour déprimer le périnée de la mère, puis on glisse la branche mâle sur le côté gauche du bassin, entre la région sternale du fœtus et le côté correspondant du bassin, et on la confie à un aide, qui, ne pouvant l'abaisser autant qu'on le voudrait, à cause du corps, qui le gêne, se contente de la déprimer assez pour ne pas nuire au fœtus. On introduit ensuite la branche femelle sur le côté droit du bassin, au-devant non seulement du fœtus, mais encore de la branche mâle; on saisit la tête, et l'on se comporte comme à l'ordinaire. S'il y avait enclavement, il faudrait le faire cesser, ou modifier la position en ramenant la tête dans le sens diagonal. Ensuite on tire, pour faire venir la tête dans l'excavation pelvienne, sous la symphyse, et, au lieu de relever l'instrument pour terminer l'accouchement, il convient de faire rouler l'occiput sur son axe au-devant du périnée; il suffit donc d'abaisser fortement les branches pour dégager les parties de la face de dessous la symphyse, et voir toutes celles du sommet sortir de dessous l'arcade pubienne.

3° Le tronc du fœtus étant au dehors, et la tête conservant néanmoins une position transversale, c'est-à-dire occipito-ilium gauche ou droite, l'application du forceps peut encore devenir nécessaire. Abstraction faite des mauvaises manœuvres, c'est un des cas qui se présentent le plus fréquemment dans la pratique,

quoique, pour l'amener, il faille un concours de circonstances peu communes, comme la présence d'une tête volumineuse dans un bassin médiocrement rétréci.

Si l'occiput est dirigé vers la fosse iliaque gauche, on confie le tronc à un aide, qui le porte à gauche sur la cuisse de la mère : on saisit la branche femelle de la main droite, on place trois doigts de la main gauche au-devant du ligament sacro-sciatique droit, on enfonce la branche à une profondeur convenable, on la fait cheminer d'arrière en avant pour ramener la cueiller vers la symphyse, et on la confie à un aide; puis, sans retirer la main, on introduit l'autre branche, en la dirigeant avec cette main, qui lui sert de guide; on la passe devant l'autre, et au-devant de la région sternale du fœtus; la tête étant saisie, on unit les branches, dont le pivot est en rapport avec le plan antérieur du fœtus, puis on procède à l'extraction. Mais il faut commencer par diminuer le volume de la tête en exerçant dessus des pressions modérées, afin de l'entraîner dans l'excavation pelvienne; on imprime aux manches de l'instrument des mouvemens de rotation de bas en haut et de droite à gauche, en faisant exécuter au corps du fœtus une rotation qui amène son dos et le pivot du forceps à la symphyse pubienne; après quoi on termine comme dans le premier cas, en renversant le tronc et les branches sur le ventre de la mère.

Dans la position inverse, occipito-ilium droite, la manœuvre est la même ; seulement il faut introduire la branche mâle la première, au-devant du ligament sacro-sciatique gauche.

TROISIÈME DIVISION.

DES ACCOUCHEMENS ESSENTIELLEMENT ARTIFICIELS, PAR SUITE D'UNE MAUVAISE CONFORMATION DE LA MÈRE OU DU FOETUS.

Cet ordre comprend les accouchemens à la terminaison spontanée desquels un vice de conformation du fœtus ou de la mère oppose d'insurmontables obstacles, en sorte que l'art est obligé d'intervenir et d'avoir recours à des moyens qui varient suivant la nature des cas.

CHAPITRE PREMIER.

DES VICES DE CONFORMATION DU FOETUS QUI RENDENT L'ACCOUCHEMENT ARTIFICIEL.

Nous rangeons dans cette catégorie l'excès de volume de la tête, de la poitrine ou de l'abdomen, le développement des tumeurs anormales sur divers points de la surface du corps, et les monstruosités par accollement.

ARTICLE PREMIER.

EXCÈS DE VOLUME DE LA TÊTE.

De toutes les maladies dont le fœtus peut être attaqué pendant le cours de la vie intra-utérine, la plus grave est l'accumulation d'un liquide séreux dans l'intérieur du crâne, ou l'hydrocéphale. C'est par abus de mots que l'infiltration d'une sérosité pure ou sanguinolente dans le tissu cellulaire des tégumens crâniens a été également désignée sous ce nom, toutefois avec l'épithète d'externe ; elle tient le plus souvent à un état d'infiltration générale, qui cause la mort du fœtus à

une époque plus ou moins éloignée du terme de la grossesse; et jusqu'à présent, bien qu'on l'ait vue quelquefois accroître beaucoup l'épaisseur du cuir chevelu, on n'a jamais remarqué qu'elle rendît l'accouchement difficile.

L'hydrocéphale interne, ou proprement dite, est heureusement assez peu fréquente pour qu'au rapport de madame Lachapelle, on ne l'ait observée que quinze fois sur plus de quarante-trois mille accouchemens. Sous le point de vue des difficultés qu'elle peut apporter à la sortie du fœtus, on en distingue trois degrés.

1° La tête a peu grossi, et les sutures sont susceptibles de se rapprocher assez pour lui permettre de passer à travers la filière des organes génitaux.

2° Elle a acquis assez de volume pour qu'il ne lui soit pas possible de sortir; mais elle ne contient cependant qu'une médiocre quantité de liquide.

3° La sérosité qu'elle renferme est assez abondante pour rendre son volume hors de toutes proportions avec celles des détroits qu'elle doit franchir; mais les pièces osseuses qui la constituent sont si peu adhérentes qu'elles jouent pour ainsi dire les unes sur les autres.

A moins que le fœtus ne se présente par l'extrémité pelvienne, jamais un praticien exercé ne se méprendra sur l'existence de l'hydrocéphale. A la vérité, dans le cas même d'une présentation de la tête, on pourrait hésiter, si, comme il arrive souvent, après la rupture de la poche des eaux, on apercevait une seconde poche, c'est-à-dire une surface plus ou moins étendue, qui, dure et résistante pendant les douleurs, deviendrait molle et fluctuante après la cessation des contrac-

tions utérines; mais, en explorant cette surface avec le doigt, on constate la présence des fontanelles et des sutures, et l'on reconnaît que les premières ont une grande largeur, que les secondes laissent, entre les pièces osseuses, un intervalle membraneux, compressible, dont l'étendue peut dépasser la largeur du doigt.

Si la tête du fœtus n'avait point acquis trop de volume, qu'elle fût molle et réductible, et que, les contractions utérines étant énergiques, on la vît se rapprocher de plus en plus du détroit inférieur, il faudrait se borner à favoriser la terminaison spontanée du travail par l'emploi des moyens convenables.

Si, au contraire, la tête était devenue assez grosse pour ne plus pouvoir franchir les détroits du bassin, il y aurait nécessité d'en diminuer le volume. Pour cela, il suffit de pratiquer une simple ponction avec un bistouri, un trois-quarts ou le premier instrument aigu qui tombe sous la main. Nous avons été plusieurs fois appelé dans des cas semblables, et toujours nous avons réussi par ce moyen.

Une femme était en travail depuis soixante-douze heures; son accoucheur, ne sachant plus quel parti prendre, proposait l'application du forceps; l'écoulement des eaux avait eu lieu depuis quarante-huit heures, et il s'était formé, disait-on, une seconde poche, qu'on avait essayé, mais en vain, de déchirer avec l'ongle. Nous reconnûmes aussitôt un cas d'hydrocéphale, et nous proposâmes de recourir à la ponction; mais cet avis effraya, et l'on voulut tenter d'abord l'emploi du forceps. Nous cédâmes, tout en prédisant que le volume de la tête produirait un écartement des

branches trop considérable pour permettre de la saisir, ce qui eut lieu en effet. Ayant la certitude de la mort du fœtus, d'après l'absence de ses mouvemens actifs et d'après la longue durée du travail, nous pratiquâmes la ponction : l'accouchement se termina de lui-même après l'écoulement du liquide.

Un autre enfant hydrocéphale avait été amené par les pieds, sur lesquels on exerçait en vain des tractions. Nous fûmes appelé pour appliquer le forceps. Mais, en introduisant la main dans l'intérieur des organes, nous reconnûmes que la tête ne descendait pas, quoique le bassin offrît de bonnes proportions. La face du fœtus était plongée dans l'excavation et tourné evers la fosse iliaque gauche; l'occiput se trouvait encore au-dessus du détroit abdominal. Convaincu que l'obstacle qui s'opposait à la progression de la tête ne dépendait pas de ce détroit, puisque la base du crâne l'avait franchi, nous l'attribuâmes à l'exubérance de la partie supérieure. Nous portâmes le doigt vers la racine du nez, et, remarquant là un écartement des os, à travers lequel se faisait sentir une certaine fluctuation, nous conclûmes qu'il y avait hydrocéphale. On voulut encore appliquer le forceps, et deux fois on tenta d'entraîner la tête, mais tous les efforts furent inutiles. Alors nous introduisîmes un crochet aigu dans la fosse zygomatique du côté droit, et aussitôt il se fit un écoulement de liquide qui permit de dégager la tête. Malheureusement la mère fut prise d'accidens graves, auxquels elle succomba, et qui dépendaient, suivant toutes les apparences, d'une déchirure du col utérin produite par les tractions qu'on avait exercées sur l'enfant.

ARTICLE II.

EXCÈS DE VOLUME DU THORAX.

Les auteurs parlent d'hydropisies de poitrine assez développées pour avoir mis obstacle à l'accouchement. Ce cas est fort rare. La difficulté d'introduire la main dans les organes, et de constater, à travers les interstices des côtes, un mouvement de fluctuation aussi vague que celui qui dépendrait d'une accumulation de sérosité dans la cavité thoracique, ferait qu'on serait réduit à établir son diagnostic par voie d'induction, à moins cependant que l'enfant ne se présentât par les pieds; car alors, en glissant la main le long des cuisses, on aurait la facilité d'explorer le tronc, et de s'assurer du lieu et de la nature de l'obstacle. L'hydrothorax s'annoncerait par l'ampleur insolite de la poitrine. Après l'avoir reconnue, il faudrait plonger un trois-quarts dans un espace intercostal, puis placer deux doigts écartés sur les côtés de la plaie, pour comprimer la poitrine et favoriser l'écoulement du liquide, précaution sans laquelle les parties molles de la mère, venant à s'appliquer immédiatement sur la surface du fœtus, pourraient boucher l'ouverture.

ARTICLE III.

EXCÈS DE VOLUME DE L'ABDOMEN.

L'ascite est une maladie plus rare que l'hydrocéphale, mais plus commune que l'hydrothorax, chez le fœtus. Plusieurs observations consignées dans les auteurs attestent que cette hydropisie peut quelquefois être portée au point de rendre l'accouchement fort difficile, impossible même. Quand l'enfant se présente par la

tête, il n'y a aucun moyen de la reconnaître. Dans les présentations de l'extrémité pelvienne, elle s'annonce par une large et molle tumeur fluctuante, remplissant l'excavation pelvienne. Levret voulait qu'en pareil cas on déchirât les tégumens du ventre avec le doigt, à l'endroit de l'anneau ombilical. D'autres, comme on peut en voir des exemples dans Mauriceau, ont eu recours à la lacération du corps du fœtus. Aucun praticien aujourd'hui n'emploierait de pareils moyens. Si la sérosité amassée dans le péritoine était assez abondante pour opposer un obstacle insurmontable à la sortie du tronc, on se contenterait de pratiquer la ponction, en observant les précautions que nous avons indiquées dans l'article précédent.

Osiander jeune parle d'un accouchement qui fut rendu très difficile par le volume qu'avaient fait acquérir au ventre du fœtus les reins parvenus à une grosseur énorme.

ARTICLE IV.

TUMEURS DÉVELOPPÉES SUR DIVERS POINTS DE LA SURFACE DU CORPS.

Des obstacles à l'accouchement peuvent provenir de tumeurs développées à la surface du corps du fœtus. On a vu de ces tumeurs au sacrum, aux fesses, à la partie inférieure du dos, au périnée, au col, à la nuque, à l'apophyse mastoïde, à la clavicule. On en cite dont le volume égalait celui de la tête d'un enfant, et qui pesaient jusqu'à deux et trois livres. Les unes sont portées sur un pédicule et les autres reposent sur une large base; quelques unes sont lobulées; en un mot, elles varient à l'infini. Aucune règle générale ne peut être tracée à leur égard : la conduite à tenir varie

suivant les circonstances. Les tumeurs pédiculées se rompent quelquefois par l'effet des contractions utérines et des tractions qu'on exerce sur le fœtus, et celles qui n'ont pas trop de consistance s'affaissent parfois assez pour permettre à la nature d'achever seule le travail. Si elles s'opposaient à la sortie du fœtus, et qu'on pût agir sur elles, il faudrait ou les enlever quand elles sont accessibles, ou les vider par la ponction lorsqu'elles contiennent un liquide. Malheureusement on ne les découvre guère que quand, le travail étant déjà fort avancé, il n'y a plus moyen de porter les instrumens sur elles, en sorte que, si elles ont beaucoup de volume, la mort de l'enfant est le résultat des lenteurs et des difficultés qu'elles apportent à sa sortie.

ARTICLE V.

MONSTRUOSITÉS PAR ACCOLLEMENT.

Les monstruosités par accollement sont les seules qui puissent offrir des particularités dignes d'intérêt sous le point de vue de l'accouchement. Tantôt il y a deux têtes pour un seul tronc, et tantôt une seule tête pour deux troncs séparés, ou réunis, soit par la face antérieure, soit par la face postérieure, ou l'une des parties latérales du corps. Très souvent l'accouchement a lieu de lui-même en pareil cas, ce qui ne doit point surprendre lorsqu'on réfléchit que la plupart de ces êtres monstrueux sont expulsés prématurément, à l'état de mort, ou même ayant déjà subi un commencement de putréfaction. Cependant des cas célèbres, comme ceux de Ritta-Christina et des jumeaux siamois, prouvent qu'ils peuvent venir au monde vivans, et fournir ensuite une carrière plus ou moins longue.

Il n'y a point ici de règles à tracer. Si la nature ne peut suffire à débarrasser la mère, l'homme de l'art appelé au secours de cette dernière s'y prend du mieux qu'il peut, en se laissant guider par les circonstances. Le pl usou moins de facilité de l'accouchement dépend du rapport entre le volume du fœtus et les dimensions du bassin. Nous avons reçu un jour deux fœtus qui étaient réunis par la partie inférieure du tronc, et qui vinrent morts, à sept mois, se présentant par les fesses. Quand les deux troncs furent dégagés, l'une des têtes descendit dans l'excavation pelvienne, et l'autre vint immédiatement après. Nous avons présenté ce monstre à l'Académie royale de médecine. Il offrait des particularités très remarquables; les deux troncs n'avaient qu'un seul cœur, logé dans le corps gauche; l'autre corps n'avait qu'une cavité à laquelle arrivait le sang noir; il n'existait ni vessie, ni organes de la génération, et l'anus était imperforé.

Lorsque de semblables fœtus ont peu de volume, ils peuvent franchir sans obstacle la filière des organes génitaux; mais s'ils sont volumineux, on est obligé de les mutiler, car il serait insensé de recourir à une opération pour les sauver, au risque de faire périr la mère.

CHAPITRE II.

DES OPÉRATIONS DANS LESQUELLES ON INTÉRESSE LES PARTIES DU FOETUS.

Les opérations qu'on peut être obligé de pratiquer sur le fœtus, à l'aide d'instrumens qui intéressent l'intégrité de ses parties, sont de deux sortes.

Les unes, comme celles dont nous venons de parler

à l'occasion des hydropisies céphalique, thoracique et abdominale, sont réclamées par une maladie qui, augmentant beaucoup le volume du fœtus, oblige de le réduire pour rendre l'extraction possible. Celles-là compromettent bien l'existence du fœtus; mais si la mort s'ensuit, ce qui arrive d'ordinaire, il faut moins la mettre sur le compte de l'opération que sur celui de la nécessité où l'on a été de combattre les effets d'un état maladif qui, même en supposant qu'on amenât l'enfant vivant, ne permettrait pas qu'il atteignît un âge bien avancé.

A l'égard des autres, ce n'est point une maladie du fœtus, mais la mauvaise conformation de la mère, qui les rend nécessaires. Elles occasionnent la mort du fœtus, qui sans elles aurait pu vivre, ou si parfois on l'extrait vivant par leur secours, on a la douleur de le voir expirer, peu de temps après, des suites de ses blessures. Il ne faut donc y recourir que quand on a acquis la certitude de sa non-existence, ou quand on est convaincu que la mère est trop faible pour supporter les procédés opératoires qui laisseraient des chances de conserver son fruit.

En conséquence, nous devons commencer par faire connaître les signes qui annoncent la mort de l'enfant dans l'utérus; après quoi, nous décrirons les moyens auxquels on a recours pour l'extraire quand sa mort est constatée, ou du moins aussi probable que possible. Si la tuméfaction de ses parties a fait peu de progrès, et que les dimensions de sa tête soient en harmonie avec celles du bassin, on parvient quelquefois à terminer l'accouchement soit par la version, soit à l'aide du forceps ou des crochets mousses; mais lors-

que le resserrement de la matrice ne permet pas d'aller à la recherche des pieds, ou quand la putréfaction est avancée, que le corps n'offre pas assez de résistance pour qu'on le saisisse convenablement avec ces derniers instrumens, et surtout qu'il existe une grande disproportion entre le volume de la tête et les dimensions du bassin, on n'a d'autre ressource que de recourir aux crochets aigus ou à la céphalotomie.

ARTICLE PREMIER.

DES SIGNES QUI ANNONCENT LA MORT DU FOETUS DANS LE SEIN DE SA MÈRE.

La mort du fœtus se conclut de l'absence des signes annonçant qu'il jouit de la vie.

Les signes qui caractérisent la vie du fœtus dans le sein de sa mère sont tellement connus, que nous pourrions nous dispenser de les énumérer ; il suffira donc d'en rappeler ici les principaux. La femme jouit ordinairement d'une bonne santé, à part quelques incommodités et quelques phénomènes nerveux qui sont inséparables de la grossesse. Son abdomen éprouve un développement régulier, qui, commençant par le centre de la partie inférieure, va progressivement en augmentant. Vers le milieu de la gestation, elle ressent des mouvemens particuliers, qui sont reconnus pour appartenir au fœtus, et qui, plus tard, se font même sentir à la main appliquée sur le ventre. Enfin, dans certaines attitudes, on perçoit, à l'aide de l'auscultation, les battemens doubles et précipités du cœur de l'enfant.

Maintenant, la mort de ce dernier peut avoir lieu durant le cours de la grossesse, ou seulement pendant le travail de l'enfantement.

Quand elle a lieu à une époque où le fœtus est viable, la femme, qui jusqu'alors avait joui d'une bonne santé, cesse tout-à-coup de sentir remuer son enfant, tantôt sans cause appréciable, tantôt à la suite d'une chute, d'un coup, d'une frayeur, d'une secousse convulsive. Les trois ou quatre jours suivans, son ventre conserve encore à peu près le même volume; mais, quand elle se couche sur le côté, elle ressent une sorte de ballottement, qui tient à ce que le fœtus, devenu une masse inerte, se déplace d'une manière purement passive à chaque nouvelle attitude, et se porte, par son propre poids, vers le point le plus déclive. Au bout de quelques jours, le ventre tombe, et, à mesure qu'il s'affaisse, la femme perd son appétit, sa gaieté, sa fraîcheur; sa langue se couvre d'un enduit saburral; elle a du dégoût, des nausées, des horripilations, un malaise général; les ailes du nez se resserrent; un cercle brun ou noir s'établit autour des yeux, et souvent l'exhalation pulmonaire acquiert, ainsi que la sueur, une odeur putride; les mamelles se distendent, puis bientôt s'affaissent; il s'établit une petite fièvre lente, qui augmente le soir, avec chaleur sèche aux pieds et aux mains. Comme le fœtus ne reçoit plus de sang de sa mère, il en arrive moins aussi à l'utérus, dont les parois, amincies, molles et flasques, permettent au doigt de sentir, à travers leur épaisseur, un corps plus ou moins dur, et quelquefois même de distinguer les parties de l'enfant.

Si la mort du fœtus arrive pendant le travail de l'accouchement, on indique plusieurs signes comme étant propres à la faire connaître.

Le premier se tire des douleurs, qui, dit-on, s'éta-

blissent avec plus de lenteur et moins d'énergie qu'à l'ordinaire. Mais beaucoup d'autres causes peuvent donner lieu à ce phénomène; telles sont, par exemple, la constitution de la femme, l'abondance des eaux de l'amnios, et la présentation d'un fœtus vivant par sa région sternale.

On a prétendu que la mort de l'enfant était certaine quand les eaux avaient une teinte verdâtre, ou charriaient des flocons de matière sébacée ou albumineuse; mais, d'un côté, il est rare que les eaux soient troubles et bourbeuses quand le fœtus est mort, et, d'un autre côté, certains faits prouvent qu'elles peuvent être fétides, sans que pour cela il ait cessé d'exister.

La sortie du méconium a été également présentée comme un signe de la mort du fœtus. Quand cette matière sort sous forme de ruban, après la rupture de la poche, on ne peut conclure de là qu'une présentation des fesses, et le phénomène résulte de la compression que l'utérus exerce immédiatement sur les membres de l'enfant, puis médiatement par eux sur son ventre. Mais si le méconium qui s'échappe teint les eaux de l'amnios en vert, l'enfant ne se présentant pas par les fesses, peut-on conclure de là que ce dernier est mort ? Il arrive alors au fœtus contenu dans la matrice, où il se trouve fortement pressé de toutes parts, ce qui a lieu chez les agonisans : les sphincters se relâchent, et les contractions du canal intestinal suffisent pour chasser au-dehors les matières qu'il contient, matières qui, en se mêlant avec le liquide amniotique, lui communiquent leur couleur. On doit donc avoir alors de grandes craintes; cependant on n'est pas fondé à regarder la mort comme certaine, car il ne manque point d'exem-

ples d'enfans qui, en pareil cas, sont venus au monde robustes et bien portans, au bout de quelques heures. S'il s'agissait d'un cas ordinaire, c'est-à-dire d'une femme bien conformée, il faudrait se hâter de recourir au forceps, et l'on aurait l'espoir d'amener l'enfant vivant; mais si le bassin était vicié, les probabilités de sa mort croîtraient en raison composée du degré de la difformité, de l'énergie des contractions utérines et de leur durée.

On a dit que la partie qui s'engage la première se tuméfie quand l'enfant est vivant, et ne présente aucun vestige de gonflement lorsqu'il est mort. Ce signe n'est pas sans valeur; toutefois, il faut se rappeler, à son égard, que la tuméfaction pourrait persister si la mort n'avait lieu qu'après sa manifestation, et que d'ailleurs elle ne s'observe que dans les cas de contractions énergiques, lorsque l'écoulement des eaux s'est effectué depuis un certain laps de temps. C'est surtout au gonflement de la portion des tégumens crâniens qui correspond à l'orifice de l'utérus, qu'on a attaché de l'importance, et l'on a dit, avec Levret, que cette région du cuir chevelu offre, lorsque l'enfant vit, une élasticité qui après sa mort fait place à la mollesse. Mais la flaccidité peut succéder à la résistance par l'effet d'une cause fort étrangère à la mort de l'enfant; elle peut tenir à ce que le simple engorgement du tissu cellulaire a été remplacé par un épanchement de sang, déterminé par les pressions fréquentes qu'on a exercées en pratiquant inconsidérément le toucher.

On a conseillé d'introduire la main dans l'utérus, afin de porter le doigt dans la bouche, pour reconnaître les mouvemens de la langue, ou sur la région pré-

cordiale et le cordon, pour s'assurer de l'existence des battemens. Quant au premier moyen, il exige que la difformité du bassin permette l'introduction de la main, et que la bouche soit accessible; encore même alors les mouvemens de la langue prouveraient-ils peu de chose, puisqu'ils pourraient être passifs, tout aussi bien qu'actifs. A l'égard des pulsations du cordon, lorsqu'on ne les perçoit pas pendant plusieurs minutes, et sous l'influence comme en l'absence des contractions utérines, il y a lieu de croire à la mort du fœtus; mais on n'atteint pas toujours le cordon. La putréfaction de cet organe ne serait point un indice suffisant, car nous l'avons vu une fois offrir des battemens sensibles, bien que ses enveloppes fussent à moitié putréfiées.

Si les os de la tête étaient vacillans, il n'y aurait pas à douter de la mort du fœtus; mais la teinte livide ou bleuâtre d'un membre sorti de l'utérus n'autoriserait point cette conclusion, pas plus qu'elle n'annoncerait positivement le sphacèle.

En résumé, de tous les signes qu'on a donnés comme étant propres à faire reconnaître la mort de l'enfant dans le sein de sa mère, aucun n'a de valeur absolue, si ce n'est l'extinction totale des battemens du cordon. La réunion de plusieurs d'entre eux établit une somme assez grande de probabilités, mais la putréfaction seule procure la certitude. Les livres sont pleins d'exemples d'enfans venus au monde, qu'on avait relégués pour ainsi dire dans un coin, les croyant morts, et qui cependant ont donné plus tard des signes d'existence, et ont été ranimés par des soins convenables. Si donc les signes de la mort présentent déjà tant de doutes quand on peut explorer librement le corps entier, combien

ne faut-il pas apporter de circonspection lorsqu'il s'agit d'un fœtus encore renfermé dans le sein de sa mère, et pour l'exploration fort incomplète duquel nous ne possédons que des moyens tous plus ou moins difficiles à mettre en pratique!

ARTICLE II.

DE L'APPLICATION DES CROCHETS AIGUS.

Les crochets aigus sont des tiges d'acier que supporte un manche en bois taillé à pans. Ces tiges se terminent par une pointe arrondie ou aplatie et triangulaire, tantôt simple, tantôt double, et représentant, dans ce dernier cas, des espèces de pinces aiguës, le plus ordinairement libres, mais que Levret avait imaginé de renfermer dans une gaîne, pour éviter qu'elles blessassent les doigts de l'accoucheur. La branche mâle de notre forceps peut servir de crochet aigu, en dévissant l'olive qui en forme l'extrémité.

On a recours à ces instrumens lorsque les circonstances exigent qu'on termine l'accouchement sans délai, à une époque où la tête de l'enfant mort occupe le fond du bassin, ou bien quand on ne peut, sans danger pour la mère, la déplacer et aller chercher les pieds, quoiqu'elle soit beaucoup moins engagée; on les emploie aussi quand la putréfaction l'a tellement amollie que le forceps ne saurait y trouver assez de prise pour l'entraîner; enfin, on s'en sert quand elle a été arrachée et séparée du tronc. Les crochets aigus s'appliquent donc tantôt sur la tête, et tantôt sur le tronc.

La manière de s'en servir varie selon que l'enfant se présente par la tête ou par les pieds.

Dans le premier cas, il est de règle, d'abord de les appliquer sur une partie offrant assez de résistance pour ne pas céder aux efforts de traction qu'on est obligé d'exercer, ensuite d'imprimer à la tête des mouvemens semblables à ceux qu'elle exécute dans l'accouchement naturel. Quelques accoucheurs ont conseillé de les appliquer sur une des apophyses mastoïdes : cette manœuvre n'entraînerait aucun inconvénient dans le cas d'une tête volumineuse et d'un bassin peu large; mais si l'excavation pelvienne avait beaucoup d'ampleur relative, on pourrait par là faire baseuler la tête, et la placer ainsi dans une situation oblique, ce qui augmenterait les difficultés de l'extraction. D'autres veulent qu'on place le crochet sur le rebord supérieur de l'orbite; mais alors on déterminerait l'extension de la tête, qui ne pourrait plus avancer qu'en présentant son grand diamètre de front, et l'on créerait des obstacles à sa progression. Nous pensons donc que, lorsqu'il s'agit d'une présentation du sommet, c'est sur l'occiput qu'il faut implanter l'instrument.

Quand l'enfant se présente par l'extrémité pelvienne, il est rare qu'on soit obligé de recourir au crochet aigu. Le crochet mousse, appliqué au-dessus de la symphyse pubienne, remplit alors presque toujours l'indication; s'il ne suffisait pas, et qu'il fallût employer le crochet aigu, on fixerait ce dernier dans le sacrum.

Nous parlerons dans l'article suivant du cas où, après la sortie du tronc, la tête, détachée du corps, demeure engagée dans les organes de la mère.

A l'égard de la détroncation, c'est-à-dire du cas où, la tête étant sortie, elle se séparerait du tronc, qui resterait dans les organes de la femme, nous ne l'avons ja-

mais observée. On a prétendu qu'elle pouvait être le résultat d'une putréfaction extrême du fœtus; mais, quelqu'avancée que fût cette dernière, il faudrait encore des tractions inconsidérées pour donner lieu à la détroncation. Hors cette circonstance, nous ne concevons la possibilité de celle-ci qu'autant qu'il y aurait, entre le corps du fœtus et les détrois du bassin, une grande disproportion résultant d'un état maladif, d'une énorme tumeur, interne ou externe, ou d'une monstruosité par accollement. Quoi qu'il en soit, si elle avait lieu, et qu'on ne pût aller à la recherche des pieds ou des mains, de manière à en former un cône sur lequel on tirerait méthodiquement pour entraîner le tronc, il faudrait appliquer le crochet aigu sur le sacrum ou sur la colonne vertébrale ; on se garderait bien de le faire agir sur les côtes ou le sternum : car ces os, qui ont peu de résistance, pourraient se briser aux premiers efforts, et présenter des aspérités capables de blesser les parties de la mère.

Certaines précautions doivent être observées quand on introduit l'instrument, et surtout quand on exerce les tractions sur lui. Il faut toujours que la main ou les doigts le précèdent, afin de mettre les parties génitales de la mère à l'abri de son action vulnérante. On porte donc les doigts jusqu'à la partie de l'enfant sur laquelle on se propose d'agir, puis on glisse le crochet, en tournant sa pointe vers la face palmaire de la main, et quand il est parvenu à l'endroit qu'on veut attaquer, on le fait tourner sur son axe, de manière à dégager sa pointe, qu'on implante à l'aide d'un doigt appuyé sur sa convexité. Une fois qu'il est fixé, la main conductrice ne doit pas le quitter pendant tout le temps qu'il

demeure engagé dans le sein de la mère, de peur que quelque portion d'os venant à céder, il ne s'échappe et ne cause des blessures toujours redoutables. Cette précaution a subsidiairement un autre avantage, celui de faire qu'on est moins tenté d'opérer les tractions par secousses, car il importe qu'elles soient lentes et soutenues.

ARTICLE III.

DE LA CÉPHALOTOMIE.

Il y a des circonstances où, au lieu de faire l'application du crochet aigu, on est obligé de recourir à une opération particulière, qui porte le nom de céphalotomie ou de crâniotomie. C'est ce qui arrive quand la tête ne peut traverser la filière du bassin, soit parce qu'elle a pris trop de développement, soit parce que, son volume n'ayant rien d'insolite, les voies qu'elle devait parcourir n'ont point assez d'ampleur pour la laisser passer. Nous n'avons point à nous occuper ici du premier de ces deux cas, puisqu'en parlant de l'hydrocéphale nous avons fait connaître la marche qu'il faut suivre alors. Le second doit donc seul nour arrêter.

Divers instrumens ont été imaginés, pour morceler et extraire la tête lorsque le bassin de la mère n'offre pas des dimensions suffisantes pour la laisser passer. Les plus connus sont la lance de Mauriceau et les ciseaux de Smellie. Le premier (*Atlas*, pl. 57, fig. 2) consiste en une tige métallique terminée en fer de lance; le second (*Atlas*, pl. 57, fig. 3) représente des ciseaux ordinaires, à lames longues, pointues, et dont le tranchant est tourné en dehors, ce qui fait qu'ils pénètrent facilement dans le crâne, et qu'après les y

avoir introduits, on peut agrandir l'ouverture en écartant leurs branches. On a imaginé aussi des lames aiguës et tranchantes, enfermées dans une gaîne, d'où une détente les fait sortir à volonté. Le plus simple de tous ces instrumens est celui de Smellie; mais il est trop compliqué encore, puisque le premier instrument venu suffirait, pourvu qu'il fût pointu. On pourrait donc employer, comme le faisait Deventer, un couteau ordinaire, dont la lame serait entourée d'une bandelette de linge fin dans presque toute sa longueur, si le trop célèbre procès de Baudelocque n'était venu prouver aux chirurgiens qu'il leur importe d'avoir des instrumens de forme particulière pour ne pas s'exposer à soulever contre eux les préjugés du vulgaire. Un fort bistouri long, entouré de linge, et garni d'une boulette de cire à la pointe, suffirait également.

Admettons qu'on a fait choix des ciseaux de Smellie. On les introduit avec précaution, de manière qu'ils arrivent perpendiculairement sur la tête du fœtus, en les faisant glisser sur la face palmaire de la main gauche, préalablement introduite tout entière dans la vagin; puis on leur imprime un mouvement d'impulsion, jusqu'à ce qu'ils aient pénétré dans l'intérieur du crâne, et l'on en écarte les branches.

Le crâne étant ainsi ouvert, l'opération n'est point pour cela terminée. Il reste à vider cette boîte de son contenu. On a conseillé d'introduire deux doigts dans l'ouverture, et de s'en servir pour extraire le cerveau. Il est probable que ceux qui ont donné ce précepte ne l'avaient point mis à l'essai; car les premières manœuvres auxquelles on se livre ayant pour effet d'exciter les contractions utérines, si l'on s'avisait de glisser les

doigts dans l'écartement des os, ils se trouveraient bientôt pressés d'une manière tellement douloureuse qu'on serait dans l'impossibilité d'agir. Nous préférons donc employer une curette semblable à celle des lithotomistes. On pourrait, au préalable, promener l'instrument de Smellie en différens sens dans le crâne, pour diviser la masse encéphalique et la réduire en bouillie.

Quand le crâne est vide, on peut, suivant les circonstances, abandonner l'expulsion de la tête aux efforts de la nature, ou l'opérer à l'aide soit de la main, soit du forceps ou des crochets. Quelquefois il est utile de refouler les os en dedans, ou d'en faire l'extraction pièce à pièce, tout en ayant soin de ménager la peau, qui protège les parties de la mère contre les aspérités de ceux qu'on aurait été obligé de laisser.

Il arrive quelquefois, dans les accouchemens par l'extrémité pelvienne, que la tête se sépare du tronc et reste engagée dans les organes de la mère. En général, on attribue cet accident à un vice de conformation du bassin; nous sommes convaincu cependant qu'il tient presque toujours à des tractions inconsidérées. Mais, de quelque manière qu'il ait eu lieu, on doit y remédier. Souvent il suffit d'introduire la main dans l'utérus, puis de placer un doigt recourbé dans la bouche du fœtus, pour procurer une situation favorable à la tête, qu'on amène ensuite en exerçant sur elle des tractions combinées avec les efforts de la femme. Si cette manœuvre ne réussissait pas, on tenterait l'emploi du forceps, en se comportant comme dans les applications de cet instrument au-dessus du détroit abdominal; il serait utile alors de faire comprimer le ventre de la femme par deux aides, afin de maintenir le tête à l'orifice de l'u-

térus, pendant qu'on chercherait à la saisir. Mais, dans le cas où le volume de la tête serait trop considérable par rapport aux dimensions du bassin, au lieu de perdre un temps précieux, il faudrait recourir de suite à la céphalotomie. Après avoir porté la main dans les organes génitaux, on retournerait la tête de manière à lui faire présenter son sommet, on la fixerait à l'aide de deux doigts recourbés au-dessus de la base du crâne, l'extrémité du pouce étant appliquée sur la fontanelle antérieure; on dirigerait l'instrument dont on aurait fait choix, comme nous venons de le prescrire; on ouvrirait le crâne, on le viderait, et on extrairait le reste soit avec les doigts, soit avec un crochet placé convenablement sur l'occiput ou le front.

Tous les instrumens que les anciens avaient inventés pour servir dans cette circonstance, et qui portent le nom général de tire-têtes, comme la bascule de Levret, la double-croix de Bacquié, le basiocestre de Metzler, la fronde de Mauriceau, le filet d'Amand, sont complétement oubliés et relégués parmi les pièces inutiles de l'arsenal obstétrical.

Ce serait peut-être ici le cas de recourir au céphalotribe de M. Baudelocque neveu. Cet instrument a des cuillers pleines et un peu courbées, qu'une vis traversant les manches permet de rapprocher avec assez de force pour écraser la tête du fœtus. Cependant son volume considérable nous porte à douter qu'il soit applicable aux circonstances précisément dans lesquelles l'inventeur le recommande, c'est-à-dire quand, le fœtus étant reconnu mort, l'opération césarienne devient nécessaire pour l'extraire, à cause de l'étroitesse des voies. Il ne nous paraît pas que si les petits diamètres du

bassin étaient réduits à moins de deux pouces, son emploi fût moins dangereux que l'opération césarienne ou le morcellement de l'enfant. On ne peut sans doute que louer le motif qui a présidé à son invention; mais, tout considéré, il pourrait bien avoir plus d'inconvéniens que la céphalotomie, dont l'auteur a singulièrement exagéré les dangers.

CHAPITRE III.

DES VICES DE CONFORMATION DE LA MÈRE QUI RENDENT L'ACCOUCHEMENT ARTIFICIEL.

Les vices de conformation de la mère qui peuvent mettre dans la nécessité de pratiquer des opérations plus ou moins graves sur cette dernière, se rapportent les uns aux parties molles, et les autres aux parties osseuses, c'est-à-dire au bassin.

Ceux des parties molles forment deux catégories. La première comprend les occlusions, complètes ou incomplètes, congéniales ou accidentelles, de la vulve, du vagin et du col de l'utérus; nous n'aurons point à nous en occuper ici, parce qu'elles ont déjà été examinées dans le premier volume sous le triple point de vue de leurs causes, de l'influence qu'elles exercent eu égard à l'accouchement et des moyens d'y remédier. La seconde catégorie se compose des conformations vicieuses qui ont pour effet de rétrécir les voies que le fœtus doit parcourir pour arriver au monde : celles-là sont assez nombreuses aussi, et nous allons les passer successivement en revue.

L'œdème des grandes lèvres, quand il n'est pas porté à un très haut degré, peut être considéré comme une circonstance favorable; car il annonce que la dila-

tation s'accomplit, et que la compression exercée par la tête du fœtus fait refluer les liquides vers les parties externes de la génération. Mais quelquefois le gonflement devient tellement considérable que l'ouverture du vagin s'en trouve presque oblitérée, que l'accouchement n'a lieu qu'avec difficulté, qu'il occasionne beaucoup de douleurs, et que l'action de la tête peut déterminer des déchirures plus ou moins profondes, ou même la formation d'escarres gangréneuses. Le seul moyen de prévenir ces accidens est de pratiquer, à la face interne des grandes lèvres, des mouchetures, dont on proportionne le nombre à l'étendue et au degré de l'engorgement.

La marche de l'accouchement peut être entravée par des dépôts de diverse nature; mais ce cas doit être fort rare, car d'ordinaire le liquide constituant la collection se fait jour au-dehors, ou, s'il s'agit d'un abcès par congestion, le pus remonte vers le lieu de son origine, et ne ralentit point la progression du fœtus.

Les hernies à travers les parois vaginales, bien que rares, méritent de fixer l'attention. Nous avons été consulté par une femme qui se croyait atteinte d'une descente de l'utérus; lorsqu'elle se tenait debout, il lui pendait entre les jambes une tumeur en forme de boudin, que nous reconnûmes avoir été produite par une anse intestinale ayant fait irruption à travers les parois du vagin. Après avoir réduit cette hernie, nous la fîmes contenir par un pessaire, et aucun accident ne survint. Nous avons observé le même phénomène chez une autre femme d'un certain âge, qui se trouva également bien de l'usage d'un pessaire. Si cet accident avait lieu chez une personne enceinte, il faudrait avoir

soin de faire rentrer la tumeur avant de procéder à l'accouchement.

Il peut arriver que des tumeurs d'une autre nature simulent une hernie, au point même de rendre le diagnostic fort embarrassant. Nous avons été appelé auprès d'une femme redevenue enceinte après avoir mis au monde deux jumeaux, et qui ne réclama nos soins qu'au moment où l'accouchement était sur le point de s'accomplir. Nous la trouvâmes dans une agitation extrême, éprouvant des vomissemens continuels de matières porracées, auxquels succédaient des défaillances. Le toucher nous fit découvrir une tumeur molle, mais non fluctuante, qu'on nous dit avoir existé pendant tout le cours de la grossesse. Cette tumeur s'effaçait quand la femme était couchée, et reparaissait aussitôt qu'elle se tenait debout : elle s'opposait à la marche de la tête, déjà plongée dans l'excavation pelvienne. Les vomissemens et les syncopes nous firent penser que c'était une hernie. Craignant donc que la compression exercée par le fœtus n'augmentât les accidens, nous nous disposions à appliquer le forceps, lorsqu'à notre grande surprise la tumeur se rompit sous l'influence d'une très forte douleur, et l'accouchement se termina de lui-même; une large ouverture avait donné issue à des matières blanchâtres, en partie visqueuses et en partie concrètes. C'était donc tout simplement un kyste, dont la guérison fut obtenue sans peine à l'aide d'injections. Depuis, nous avons rencontré une semblable tumeur, d'un volume d'un œuf de poule, chez une autre femme qui était venue faire ses couches à l'hospice de la Maternité ; mais celle-ci n'entrava pas le travail, qui n'en détermina point non plus la rupture.

Les varices du vagin, si communes chez les femmes enceintes, surtout vers la fin de la grossesse, acquièrent rarement assez de volume pour s'opposer à la sortie du fœtus; mais elles peuvent, en se rompant, donner lieu à un épanchement de sang, dans le tissu cellulaire des parties voisines, assez considérable pour apporter de grands obstacles à l'accouchement. Baudelocque parle d'une femme qui, à la fin d'un accouchement très laborieux, fut prise d'une perte abondante, à laquelle elle succomba, et qui provenait de l'ouverture simultanée d'un abcès autour du muscle psoas droit et d'une énorme varice formée par l'une des veines lombaires. Une autre femme, dont les parties génitales externes étaient garnies de tumeurs variqueuses au moment de l'accouchement, fut prise, après sa délivrance, de nouvelles douleurs qu'on attribua d'abord à la présence d'un second fœtus, mais que Solayrès reconnut dépendre d'une infiltration sanguine de la partie inférieure du vagin, qui fut attribuée à la crevasse d'une des veines variqueuses. M. Deneux a cité un grand nombre de faits analogues, dont quelques uns se sont également offerts à notre observation. Ces thrombus guérissent en général d'eux-mêmes. Cependant, si le volume en était considérable, il pourrait devenir nécessaire d'y pratiquer une ponction, mais après avoir attendu un certain laps de temps, afin que les caillots de sang pussent boucher l'ouverture, et s'opposer ainsi à la manifestation d'une hémorrhagie dangereuse.

Les tumeurs dont nous venons de parler ne sont point les seules qui peuvent s'opposer à la progression du fœtus. D'autres, de la nature des polypes, tantôt

pédiculées, et tantôt à base fort large, se développent, soit dans le vagin, soit dans l'utérus. On conçoit l'impossibilité de tracer aucune règle générale de conduite à leur égard. Lorsqu'elles sont munies d'un pédicule, on peut, suivant le cas, les détruire par la ligature ou par l'excision. Mais nous ne pensons pas qu'il soit nécessaire de recourir à une opération toutes les fois qu'un polype existe, et des circonstances peuvent se rencontrer où il convienne de laisser d'abord l'accouchement s'accomplir, pour procéder ensuite avec plus de facilité à l'extirpation. Dubois père a suivi cette marche chez une femme enceinte et à terme, qui portait un énorme polype implanté près du col de l'utérus, et occupant toute la cavité du vagin; au moment où les contractions survinrent, la tumeur fut expulsée, et après la sortie de l'enfant, elle rentra d'elle-même, entraînée par la rétraction de l'utérus : ce ne fut que plusieurs mois après qu'on en pratiqua l'ablation.

Certaines tumeurs, plus fréquentes qu'on ne pense, ont leur siége dans les parties voisines ou les annexes de l'utérus. Baudelocque rapporte l'histoire d'une femme chez laquelle une tumeur de l'ovaire, contenant plusieurs pièces osseuses garnies de dents, rétrécissait le détroit abdominal, au point que l'accouchement fut extrêmement laborieux. On avait pris pour une exostose cette tumeur, dont la vraie nature ne put être reconnue qu'après la mort. Nous avons rencontré quelques cas semblables, dont les détails ont été consignés dans les Bulletins de la Faculté. Un jour, nous fûmes appelé pour aider une sage-femme auprès d'une femme en travail, prise d'hémorrhagie au moment de l'accouchement. Cette femme était atteinte de phthisie

pulmonaire et dans un état de faiblesse extrême. En palpant le ventre, nous sentîmes, dans l'excavation pelvienne, une énorme tumeur, qui s'était développée entre l'intestin rectum et le vagin, et qui occupait toute la partie latérale du bassin, ayant acquis le volume de la tête d'un enfant. Il n'y avait qu'un point très circonscrit, sur la partie latérale gauche, où il fût possible de faire passer le doigt pour arriver à l'orifice de l'utérus, qui n'était dilaté que du diamètre d'une pièce de deux francs. La femme perdait du sang, et il était évident qu'elle succomberait si l'on n'agissait pas. Mais la difficulté était d'attaquer une semblable tumeur. Cependant, ayant reconnu qu'elle était mobile, nous conçûmes l'espoir de la refouler dans le ventre pour aller chercher les pieds. Nous introduisîmes la main droite dans l'utérus, dont nous amenâmes l'orifice au centre de l'excavation, et après avoir rompu la poche des eaux, nous saisîmes un pied; mais à peine fut-il arrivé au dehors que la tumeur, qui n'était plus soutenue, retomba dans le bassin, et s'opposa à la progression du fœtus. Il fallut réintroduire la main pour la refouler au-dessus du détroit abdominal à l'aide du doigt, tandis que nous exercions des tractions sur le pied. L'enfant n'était pas volumineux heureusement, et nous eûmes la satisfaction de l'amener vivant; sa faiblesse ne permit pas toutefois qu'il vécût au-delà de quelques heures. Après l'accouchement, le ventre de la mère offrit deux lignes saillantes, dont l'une était due à l'utérus, et l'autre à la tumeur, en sorte qu'on aurait pu croire à l'existence d'un utérus bilobé. Depuis, nous avons donné des soins à une autre femme chez laquelle une tumeur énorme envahissait toute l'excavation pel-

vienne. Cette tumeur paraissait adhérente, et l'on était d'avis de recourir à l'opération césarienne. Nous la comprimâmes avec lenteur, et nous eûmes beaucoup de peine à la faire remonter; le col de l'utérus, qui était situé en haut de la symphyse, vint se placer au centre de l'excavation, et l'accouchement eut lieu d'une manière heureuse. La tumeur, dont le volume égalait celui de la tête d'un enfant, est demeurée stationnaire depuis quatre ou cinq ans, et elle n'influe en rien sur la santé de la femme.

Un gros calcul vésical pourrait mettre obstacle à l'accouchement en s'engageant au-dessous de la tête de l'enfant, et l'arrêtant dans sa marche. Malgré la rareté de la pierre chez les femmes, on connaît cependant plusieurs exemples de ce cas. Le plus grave inconvénient qui naîtrait de la présence d'un calcul dans la vessie, serait sans contredit la contusion de ce viscère, fortement pressé entre le corps étranger et la tête de l'enfant. Il y aurait possibilité, si l'on était appelé au début du travail, de refouler la pierre au-dessus du pubis, jusqu'à ce que la tête fût venue se placer au-dessous d'elle : on devrait également tenter cette manœuvre, quand bien même la pierre serait déjà descendue avant la tête; et dans le cas seulement où elle échouerait, il faudrait pratiquer l'extraction du corps, en incisant sur lui la partie antérieure du vagin.

Nous n'insisterons point ici sur les vices de conformation du bassin, à l'égard desquels on trouvera des détails suffisans dans le premier volume de cet ouvrage. Rappelons seulement que si les dimensions de cette boîte osseuse étaient supérieures à celles que nous

avons assignées comme étant le type d'une conformation normale, il ne pourrait guère survenir d'obstacles à l'accouchement, ou que du moins, s'il naissait de là quelques accidens pour la femme, l'enfant serait ordinairement à l'abri de tout danger. Mais il n'en est pas de même dans le cas inverse; l'étroitesse du bassin peut avoir des conséquences fâcheuses pour la mère et pour son fruit.

Toutes les fois que le diamètre sacro-pubien offre une étendue de trois pouces et demi, l'accouchement peut encore avoir lieu, pourvu que le fœtus soit peu volumineux et l'ossification de sa tête peu avancée. Lorsque ce diamètre n'a que deux pouces, la sortie du fœtus est impossible, et il faut de toute nécessité recourir à l'opération césarienne, parce qu'alors l'écrasement de la tête offrirait tout autant de danger. Mais, entre deux pouces et trois pouces et demi, il y a des degrés intermédiaires qui comportent l'application de différentes méthodes. Parmi ces méthodes sont comprises la version, l'application des crochets mousses et celle du forceps, dont nous avons déjà parlé; il y en a quatre autres encore qui nous restent à examiner, savoir : l'observation d'un régime capable d'empêcher le fœtus d'acquérir un développement considérable, la provocation de l'accouchement prématuré, la symphyséotomie et l'opération césarienne.

ARTICLE PREMIER.

DU RÉGIME DÉBILITANT.

L'idée de prescrire un régime débilitant aux femmes enceintes dont le bassin est mal conformé, a été longtemps tournée en ridicule. On remarque, en effet, que

certaines femmes, qui ont été sujettes à des vomissemens presque continuels pendant tout le cours de leur grossesse, et qui sont arrivées au dernier degré d'émaciation et de faiblesse, faute de pouvoir profiter des alimens qu'elles prennent, n'en mettent pas moins au monde d'aussi forts enfans que celles qui ont constamment joui d'une bonne santé. On en voit également d'autres qui donnent naissance à des enfans chétifs, quoiqu'elles se soient très bien nourries, et qu'elles aient même acquis de l'embonpoint durant le cours de la gestation. Cependant il est probable que, sous ce rapport, on a trop généralisé des faits qui n'ont, en réalité, qu'un caractère purement exceptionnel. Mais, quoi qu'il en soit, l'opinion suivant laquelle le régime des mères exercerait, du moins la plupart du temps, une influence prononcée sur le volume de leur fruit, avait fini par être regardée comme une excentricité, et nous-même, nous la combattions autrefois. Il convient donc de faire connaître pourquoi nous avons modifié notre manière de penser.

Un jour, nous fûmes appelé près d'une femme de constitution presque athlétique, qui était en travail d'enfant depuis soixante heures. Avant nous, deux accoucheurs avaient tenté inutilement l'application du forceps. A notre arrivée, nous trouvâmes cette femme frappée de convulsions, et offrant tous les symptômes d'une congestion cérébrale. Nous fîmes une large saignée du pied, qui rétablit sur-le-champ la connaissance. En pratiquant le toucher, nous reconnûmes que la tête était engagée transversalement dans l'excavation pelvienne. Nous appliquâmes aussi le forceps avec plus de succès que nos prédécesseurs, sans doute

parce que ceux-ci avaient déjà vaincu la résistance qui s'opposait à la progression de la tête; en effet, cette dernière présentait un aplatissement considérable. L'enfant ne donna que des signes équivoques d'existence, et il expira malgré toutes les peines qu'on prit pour le ramener à la vie. Nous nous aperçûmes bien qu'il y avait rétrécissement du bassin; mais l'état grave dans lequel la femme se trouvait nous détourna de chercher à en acquérir une notion complète. Plus tard, cette femme redevint enceinte, et vécut comme elle l'avait fait pendant sa première grossesse. Arrivée à terme, elle nous fit encore appeler. Nous constatâmes que son bassin avait à peine trois pouces et un quart d'étendue dans le diamètre sacro-pubien. Les douleurs furent énergiques, et, le travail durant déjà depuis soixante heures, nous étions sur le point d'appliquer le forceps. Mais, en plaçant la personne sur un bidet, et l'exhortant à faire valoir ses douleurs, nous parvînmes à faire passer l'enfant. La compression supportée par la tête fut telle, qu'elle offrait une escarre sur chaque bosse pariétale. L'enfant fut rappelé avec peine à la vie. Nous prévînmes cette femme que si l'on ne parvenait pas à rendre ses enfans moins volumineux pendant les grossesses futures, il pourrait se faire qu'on fût obligé de pratiquer la section de la symphyse du pubis, et nous lui recommandâmes de nous avertir aussitôt qu'elle redeviendrait enceinte, ce qu'elle fit en effet. Nous la soumîmes à un régime extrêmement sévère, et lui pratiquâmes plusieurs saignées. Sa grossesse étant à terme, un aide que nous avions laissé auprès d'elle, voyant la dilatation fort peu avancée, et se fiant d'ailleurs aux antécédens, crut pouvoir s'absenter pendant quelques heu-

res. Mais sa surprise fut grande, en rentrant, de voir que l'accouchement s'était terminé tout naturellement. L'enfant était petit, en comparaison de ceux qui l'avaient précédé, et il ne mourut point. Pendant une grossesse subséquente, la femme ne suivit aucun régime : l'enfant, très volumineux, ne put s'engager; on essaya vainement l'application du forceps, et il fallut recourir à l'embryotomie, qui fut fatale à la mère et à son fruit.

Si ce fait était seul, il serait peu concluant; mais depuis nous en avons recueilli plusieurs que nous pourrions citer ici, et qui viennent corroborer celui qui précède. Au reste, nous croyons que le régime ne pourrait offrir quelques chances de succès qu'autant que le diamètre antéro-postérieur du bassin ne serait pas inférieur à trois pouces un quart, ou tout au plus trois pouces. Si le rétrécissement était porté plus loin, ce moyen ne servirait plus qu'à titre d'auxiliaire, et il ne faudrait pas compter sur son efficacité.

ARTICLE II.

DE L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ.

La provocation de l'accouchement avant la fin de la grossesse, mais à une époque cependant où le fœtus est déjà viable, a été proposée pour éviter les dangers inséparables de la symphyséotomie et de l'opération césarienne, dans les cas où la conformation du bassin de la mère rend impossible la naissance de l'enfant au terme ordinaire. En donnant ce conseil, on s'était fondé sur les exemples bien constatés d'enfans nés au huitième et même au septième mois de la grossesse, et qui, moyennant des soins, ne se sont pas moins bien

développés que ceux dont la venue au monde a lieu vers la fin du neuvième mois.

L'accouchement prématuré artificiel a été longtemps frappé de réprobation parmi nous. Baudelocque surtout avait contribué à le faire repousser, en exagérant les inconvéniens qui peuvent en résulter. Il prétendait effectivement qu'on ne peut admettre aucune parité entre l'accouchement prématuré qui se fait sous la direction de la nature, et celui que l'art solliciterait, même au terme de la grossesse. Dans le premier, disait-il, l'utérus est préparé de longue main à l'acte qu'il doit accomplir, et les choses se passent à peu près de la même manière que chez les femmes à terme, tandis que rien de semblable n'a lieu aux septième et huitième mois, chez celles dont la mauvaise conformation du bassin rend impossible l'accouchement au neuvième mois. Cette remarque de Baudelocque est juste, mais en tant seulement qu'on l'applique aux accouchemens prématurés qui s'accomplissent spontanément, sans violence extérieure; elle ne saurait concerner ceux qui sont le résultat d'un coup, d'une chute, en un mot d'un accident dont l'effet a été, soit de provoquer un état inflammatoire des organes génitaux internes, soit la rupture de l'œuf et l'écoulement du liquide amniotique. Nous pensons même que c'est parce que les anciens n'avaient point établi de distinction entre les accouchemens prématurés naturels et accidentels, qu'ils regardaient comme viables les enfans nés à sept mois, et comme non viables ceux qui viennent au monde à huit mois. Il nous paraît évident qu'un fœtus est d'autant plus viable, toutes choses égales d'ailleurs, qu'il approche davantage du terme

de deux cent soixante et dix jours assigné à sa complète viabilité.

Quand on veut remonter à l'origine de cette pratique, il y a une distinction importante à établir relativement au but qu'on se propose en y ayant recours. Ce but peut être, en effet, ou l'intérêt de la mère, ou celui du fœtus. Sous le premier point de vue, il faut agir à une époque aussi rapprochée que possible du moment de la conception, parce que moins le fœtus présentera de volume, moins il aura de peine à franchir le détroit du bassin, quelles qu'en soient les dimensions. Sous le second rapport, au contraire, il faut différer jusqu'à ce que le fœtus ait pris tout le développement qu'il lui est possible d'acquérir, sans que son volume devienne hors de proportion avec l'étendue des voies qu'il doit parcourir pour venir au monde ; mais dépasser ce terme serait rendre l'opération également inutile à la mère et à l'enfant.

Cette distinction établie, on voit qu'il ne peut être question ici de la pratique usitée chez les Grecs, et qui, suivant le rapport d'Aetius, était très familière à une matrone célèbre du nom d'Aspasie. Il ne s'agit pas non plus de la méthode employée par Puzos dans le cas d'hémorrhagie pendant le travail, puisque le but principal est ici de mettre les jours de la mère hors de danger, ceux de l'enfant n'étant envisagés que comme un objet accessoire. Il faut arriver au milieu du siècle dernier pour trouver un exemple d'accouchement sollicité au moment où la viabilité du fœtus est bien établie, et dans l'intention formelle de soustraire ce dernier aux dangers que plus tard il ne pourrait éviter. Au dire de Kelly, Macaulay fut le premier qui

tenta cette opération en 1755, et elle fut couronnée d'un plein succès entre ses mains. Depuis, elle a réuni un grand nombre de suffrages chez les Anglais, les Allemands, les Hollandais et les Italiens. On compte, parmi ses partisans en Angleterre, Denman, Hull, Clarke, Headly, Barlow, Marshall, Ramsbotham, Merriman, Burns et Conquest; en Allemagne, Mai, Reisinger, Wenzel, Ritgen, Scheel et Weidmann.

Le seul cas qui, suivant nous, justifierait l'emploi de l'accouchement artificiel provoqué, serait celui d'une grossesse de sept mois, et d'un bassin ayant deux pouces et demi au moins, trois pouces au plus; car alors, le diamètre bipariétal de la tête n'offrant pas plus de trois pouces d'étendue, on aurait les mêmes chances que si l'accouchement s'opérait à terme, à travers un diamètre de trois pouces et demi. Nous ne pensons pas qu'il convienne d'y avoir recours dans le cas de mort du fœtus. Quant à le provoquer dans celui de maladies chroniques dont la grossesse accroît chaque jour le danger, et qui, de leur nature, doivent amener la mort avant le terme naturel du travail, il ne nous paraît pas qu'on doive s'occuper de ce point avant que les opinions soient définitivement arrêtées sur le compte de la méthode en général.

Pour bien juger cette méthode, il ne faut pas perdre de vue qu'elle n'a qu'un but, celui d'obliger l'utérus à expulser lui-même le produit de la conception avant que la tête du fœtus ait acquis un volume qui en rende la sortie impossible, que par conséquent elle tend à faire venir au monde l'enfant vivant, sans courir les chances, défavorables pour lui et pour la mère, qui se rattachent aux autres moyens dont l'art a disposé jus-

qu'ici. Comparons-la, en effet, à l'embryotomie, à la symphyséotomie, à l'opération césarienne.

Il suffit de prononcer le mot d'embryotomie pour voir que toute idée de parallèle doit être écartée. Cette opération tue l'enfant, si déjà il n'est mort, et elle fait courir de grands dangers à la mère. La symphyséotomie, envisagée par rapport à la conservation des enfans, offre peu d'avantages; car, bien qu'elle ait pour effet d'agrandir le cercle osseux du bassin, elle ne suffit pas toujours pour garantir leur existence; la plupart succombent pendant l'opération, ou par l'effet de ses conséquences. Quant aux mères, beaucoup périssent également, moins, à la vérité, que par l'opération césarienne, et bon nombre de celles qui survivent demeurent sujettes à de graves infirmités. L'opération césarienne est moins pernicieuse pour l'enfant; elle serait, si on ne s'attachait qu'à lui seul, préférable à l'application du forceps, aux crochets, à la symphyséotomie, à la version, même à l'accouchement naturel; mais comme la mère a tout autant et plus de droits que lui à l'existence, il n'y faut recourir qu'à la dernière extrémité, puisqu'elle expose la femme à une multitude de causes de mort, immédiate ou consécutive. L'accouchement artificiel provoqué donne des résultats bien différens. D'après le résumé que M. Wilde (1) a fait de 170 cas publiés en Allemagne, en Angleterre, en Hollande et en Italie, on voit que 161 mères ont été conservées, et qu'on a amené vivans 120 enfans, dont 77 ont survécu; les 50 autres sont venus au monde privés de vie, et les 9 femmes mortes étaient déjà

(1) *Das weibliche Gebœr-Unvermœgen.* Berlin, 1838, p. 204.

dangereusement malades avant l'opération. De tels faits parlent plus haut que tous les raisonnemens imaginables.

Nous ne nous dissimulons pas cependant les difficultés qui se rattachent à la provocation de l'accouchement prématuré. La première est de bien déterminer le vice de conformation qui existe. A la vérité, comme il ne s'agit pas d'un cas urgent, on a toujours plusieurs mois devant soi, et l'on peut, avant de prendre un parti, réunir les avis d'hommes capables; car, tant que nos lois n'auront point été modifiées, il ne serait permis d'agir qu'avec la plus grande circonspection. Mais ce n'est pas tout encore; il faut chercher à prévenir les abus qui pourraient résulter, d'un côté de l'ignorance, et d'un autre côté de la cupidité. Ainsi, par exemple, l'enfant né dans les trois cents jours qui suivent la mort du père est reconnu légitime; ne pourrait-il pas arriver que de coupables manœuvres fussent employées pour assurer le bénéfice de cette disposition légale au fruit de la mauvaise conduite ?

Au reste, s'il importe d'être fort réservé en pareille matière, ce n'est point un motif pour refuser d'examiner une des plus importantes questions de la médecine obstétricale. La loi ne fait pas les usages, elle se borne à les sanctionner et à les régulariser; c'est à une discussion éclairée et loyale qu'il appartient de lui fournir les motifs de modifier son texte. Rappelons seulement que l'art prescrit de recourir à l'accouchement forcé lorsque des hémorrhagies abondantes ou des convulsions se déclarent chez les femmes en couches; or, on ne comprend pas que ce qui est un devoir dans un cas, puisse devenir un crime dans un autre, quand il n'y a

qu'une assez légère différence de circonstances, et qu'au fond le but est le même.

ARTICLE III.

DE LA SYMPHYSÉOTOMIE.

La symphyséotomie est une opération dans laquelle on pratique la section du fibro-cartilage qui unit ensemble les deux os pubis.

On a prétendu faire remonter l'idée de cette opération fort avant dans l'antiquité, jusqu'à Galien même, ou tout au moins jusqu'à Séverin Pineau. Ce dernier avait effectivement proposé les applications émollientes sur le mont de Vénus, comme moyen propre à relâcher la symphyse pubienne chez les femmes dont le détroit abdominal a trop peu d'étendue pour permettre à l'accouchement naturel de s'accomplir; il ne paraissait même pas éloigné de croire qu'on pourrait alors trouver de l'avantage à pratiquer la section du cartilage interpubien. Mais personne n'avait songé à ce projet d'opération, lorsque, vers la fin du siècle dernier, Sigault en entretint l'Académie de chirurgie, qui le rejeta parmi les chimères; sans se laisser décourager, il en fit, quelques années après, le sujet de sa thèse, soutenue devant la Faculté d'Angers; quatre ans plus tard, assisté d'Alphonse Leroy, il pratiqua, pour la première fois, l'opération sur une femme rachitique, qui guérit, et dont l'enfant fut conservé. Dès ce moment, la symphyséotomie occupa tous les esprits. Vantée par les uns avec l'exagération d'un enthousiasme irréfléchi, dépréciée par les autres avec une vivacité que la raison ne tempéra pas davantage, elle devint la source d'une longue et violente dispute, pendant le cours de laquelle aucun des deux partis ne sut éviter le scandale, et qui,

comme de coutume, rendit la question plus obscure, au lieu de l'éclaircir. Aujourd'hui que les passions sont éteintes depuis long-temps, on peut mieux juger la symphyséotomie, et assigner avec équité le rang qu'elle doit prendre parmi les opérations obstétricales.

Pour déterminer les circonstances dans lesquelles cette opération peut être utile, il faut connaître le degré d'agrandissement qu'elle est susceptible de faire acquérir aux différens diamètres du bassin.

En général, quand les vices de conformation du bassin affectent le détroit abdominal, ils portent spécialement sur le diamètre antéro-postérieur de ce détroit, et sont dus à l'aplatissement des pubis ou au refoulement du sacrum. Mais il faut que le rétrécissement ne dépasse pas un certain terme pour qu'on se décide à tenter l'opération; car si le diamètre n'était que de quinze à dix-huit lignes par exemple, il serait ridicule de la pratiquer, attendu que l'extraction de l'enfant deviendrait alors impossible, dans la majorité des cas. Il faut donc que le diamètre antéro-postérieur du détroit abdominal ait une étendue un peu supérieure, ou tout au moins égale, à celui de la tête de l'enfant, et par conséquent qu'il dépasse deux pouces. Or, quand on sépare les pubis l'un de l'autre, l'écartement des deux os procure une augmentation du diamètre sacro-pubien qui est d'environ deux lignes par pouce de cet écartement. De plus, si, en entraînant l'enfant, on a la précaution d'engager une bosse pariétale dans l'intervalle des deux pubis, et de faire passer l'autre au-devant de l'une des symphyses sacro-iliaques, le volume relatif de la tête se trouve diminué de celui des deux protubérances, c'est-à-dire de quelques lignes. D'a-

près cela, la plupart des praticiens estiment que la symphyséotomie est praticable quand l'étendue du diamètre sacro-pubien se trouve comprise entre les limites extrêmes de deux pouces et demi à trois pouces moins un quart. Quelques partisans de l'opération ont même prétendu qu'on pouvait encore la tenter à deux pouces et un quart; ce conseil nous semble préjudiciable à la mère et à l'enfant; en pareille circonstance, effectivement, la symphyséotomie aurait pour la première tous les inconvéniens de l'opération césarienne, sans en présenter, eu égard au second, aucun des avantages.

Si l'on en croyait certains partisans de la symphyséotomie, les circonstances dans lesquelles cette opération doit être pratiquée seraient assez nombreuses.

Ainsi on devrait y avoir recours toutes les fois que le diamètre antéro-postérieur du détroit abdominal est rétréci. Nous dirons plus loin quels sont, sous ce rapport, les cas auxquels il faut, suivant nous, la restreindre.

On l'a proposée dans les doubles rétrécissemens du diamètre abdominal et du diamètre périnéal qui résultent d'un excès de courbure du sacrum. Nous avons dit ailleurs qu'en pareil cas il pouvait arriver que la tête ne pût ni avancer ni reculer, bien que cependant elle ne fût pas enclavée, conservant la faculté de se mouvoir sur son axe. Ici l'opération césarienne serait sans résultat pour l'enfant, et la section de la symphyse pubienne mériterait la préférence sur toute autre opération, si l'on avait perdu l'espoir d'extraire ce dernier à l'aide du forceps.

La symphyséotomie a été conseillée lorsque, l'enfant étant amené par les pieds, la tête reste dans les organes

de la mère. Il faudrait bien se garder de suivre ce précepte. En pareil cas, la vie de l'enfant est déjà fortement compromise par la compression qu'éprouve le cordon ombilical, et les préparatifs nécessaires exigeraient trop de temps pour qu'on pût raisonnablement espérer de le conserver. Ce serait donc exposer la mère aux chances d'une opération dangereuse, qui n'en présenterait pour ainsi dire aucune en faveur de son fruit. Dans une telle circonstance, nous n'hésiterions pas à mutiler le fœtus.

On a rangé parmi les cas indiquant la symphyséotomie, celui où les fesses seraient engagées dans l'excavation et auraient franchi l'orifice de l'utérus, sans pouvoir être amenées au-dehors. Il est difficile de concevoir qu'un homme du mérite de Gardien ait donné un pareil conseil; car si les fesses étaient parvenues à se plonger dans l'excavation pelvienne, il n'y aurait aucune utilité à procurer plus d'étendue au détroit abdominal.

La section de la symphyse pubienne a été mise au nombre des moyens auxquels on pourrait recourir dans le cas d'enclavement de la tête, pour agrandir de quelques lignes l'étendue du cercle osseux du bassin. C'est là une vue purement théorique, qui ne saurait trouver d'application dans la pratique. Nous en dirons autant du conseil de recourir à l'opération dans les rétroversions de l'utérus.

On a prétendu qu'elle pouvait convenir dans les rétrécissemens transversaux du bassin. Ces difformités sont extrêmement rares, et comme, en général, le diamètre antéro-postérieur gagne alors ce que perd le diamètre bis-iliaque, il résulte de là que l'espace est tou-

jours suffisant pour permettre à la tête de s'engager.

Nous ne parlerons que d'une manière très générale des cas où le rétrécissement du bassin dépendrait d'une exostose développée au sacrum ou à l'os coxal. Il nous semble qu'en pareil cas l'opération, loin de convenir, serait au contraire contre-indiquée.

Ainsi, en résumé, les seuls cas qui nous paraissent autoriser à mettre la symphyséotomie en pratique, sont celui d'un rétrécissement du diamètre antéro-postérieur du bassin, renfermé dans les limites de deux pouces un quart à trois pouces, et celui où la tête, s'étant plongée dans l'excavation pelvienne, ne pourrait plus ni avancer ni reculer, à cause d'un rétrécissement simultané au détroit périnéal et au détroit abdominal.

Ces circonstances ayant lieu, d'autres conditions sont exigibles encore pour qu'on se décide à pratiquer l'opération. D'abord il faut, non seulement que la femme soit arrivée au terme de sa grossesse, mais encore que le travail de l'enfantement soit décidé et le fœtus vivant. En second lieu, on doit attendre que le col utérin soit dilaté, parce qu'autrement, si la femme n'avait point assez de force pour accoucher seule après la section, on ne pourrait intervenir d'une manière utile. Enfin, il vaut mieux opérer avant qu'après la rupture de la poche des eaux, parce qu'alors on est maître de confier l'accouchement aux seuls efforts de la nature ou de recourir soit à la version, soit à l'application du forceps, tandis qu'après l'écoulement des eaux, la version devient si difficile qu'on s'exposerait, en la tentant, à compromettre l'existence de l'enfant, et par conséquent à perdre le bénéfice qu'on attendait de l'opération.

Celle-ci, du reste, est fort simple. On commence par raser le pubis, après avoir disposé des bistouris convexes, des bistouris boutonnés, une sonde, quelques ligatures, des plumasseaux, des compresses et un bandage de corps. La femme étant couchée dans la même attitude que pour l'application du forceps, l'opérateur se place devant elle, entre ses jambes. Il vide la vessie à l'aide d'une sonde, qu'il laisse dans l'urètre, et qui sert à ranger le méat urinaire de côté, pour le mettre à l'abri des atteintes de l'instrument tranchant. Saisissant alors un bistouri convexe, il pratique sur la ligne médiane une incision longitudinale, qui commence à quelques lignes au-dessus de la symphyse, et se prolonge jusqu'au côté gauche du clitoris. Cette incision, qui comprend la peau et toutes les parties molles constituant le mont de Vénus, doit tomber sur le milieu même de l'articulation. Dès qu'elle est terminée, on procède à la section du cartilage interpubien, après s'être assuré de la véritable situation de ce cartilage, qui assez souvent, dans les bassins difformes, ne correspond pas à la ligne médiane du corps, et se trouve déjeté à droite ou à gauche. Le mieux est d'opérer la section en deux temps : on coupe d'abord d'avant en arrière la moitié de l'épaisseur du fibro-cartilage, dans toute sa longueur; puis, avec un bistouri boutonné qu'on passe derrière la symphyse, on incise le reste d'arrière en avant. Ce procédé a l'avantage de mettre à l'abri des lésions de la vessie, qui pourraient avoir lieu si l'on incisait toute l'épaisseur du fibro-cartilage de dehors en dedans. Il convient aussi, vers la fin de la section, d'incliner la lame du bistouri un peu à gauche, pour lui faire suivre la branche descendante

du pubis, et l'éloigner de la racine du corps caverneux.

La section faite, les os coxaux sont entraînés par l'élasticité des ligamens sacro-sciatiques postérieurs, et un écartement de dix à douze lignes s'établit entre les pubis. Faut-il s'en tenir là, ou accroître l'écartement, soit en portant les jambes de la femme en dehors, soit en appliquant les paumes des mains sur les épines antérieures et supérieures des os des iles? Tout ce que nous pouvons dire, c'est que, dans un cas où nous vîmes Dubois pratiquer la symphyséotomie, on n'eut point recours à ce dernier moyen; Gardien effectua la rupture de la poche des eaux, opéra la version sans peine, et amena à l'aide du forceps un enfant qui vécut pendant quelques jours.

Une fois l'accouchement terminé, il faut donner à la femme les soins que sa situation réclame. On rapproche les pubis l'un de l'autre, on couvre la plaie de charpie enduite de cérat, et par-dessus les compresses on fixe un bandage de corps assez serré pour empêcher les os de s'écarter. On porte la malade dans son lit, où elle doit rester dans un repos absolu; cependant on lui permet de s'incliner à droite ou à gauche, parce que la pression que cette attitude détermine ne peut qu'être favorable au rapprochement des parties. D'ordinaire, quand la guérison a lieu, c'est au bout de cinq ou six semaines. Mais il ne faut pas se dissimuler que l'opération est très grave. Les accidens qui peuvent en être la conséquence sont de deux sortes, les uns primitifs et les autres secondaires. Quant aux premiers, ils sont peu nombreux. On n'a point d'hémorrhagie à craindre, par la raison que les tissus qu'on divise sont presque tous

de nature fibreuse, et ne contiennent qu'un petit nombre de vaisseaux, si ténus d'ailleurs qu'on n'a point à s'en occuper. Ce n'est que dans le cas où l'on conduirait l'instrument trop bas, en suivant la branche du pubis, qu'on s'exposerait à blesser l'artère honteuse interne, lésion qu'on évite aisément, avec un peu d'attention. Des accidens primitifs plus redoutables, mais qui ne pourraient provenir que de l'impéritie de l'opérateur, seraient ceux qui naîtraient d'une lésion de la vessie, du vagin, ou même de l'utérus.

Il peut se faire que la symphyse soit ossifiée : on serait alors obligé de recourir à la scie pour en pratiquer la section. Un accoucheur de Naples a proposé, dans ces derniers temps, de remplacer la symphyséotomie par une autre opération qui consiste à scier de chaque côté le corps et la branche des pubis, entre les deux trous sous-pubiens. Cette opération aurait, suivant lui, l'avantage de laisser les symphyses sacro-iliaques intactes, de mettre la vessie et l'urètre hors de toute atteinte, et de procurer une ampliation considérable du diamètre sacro-pubien. Il faudrait, ce nous semble, la soumettre à un sérieux examen, avant de la placer au nombre des ressources utiles.

Parmi les nombreux accidens consécutifs à l'opération de la symphyséotomie, on doit compter les fistules urinaires, qui résultent des blessures de la vessie par l'instrument tranchant, ou de la contusion du viscère par la tête de l'enfant au moment du passage. Dans l'opération dont nous avons été témoin, il survint une fistule de ce genre; mais ce qui prouve qu'elle n'avait point été déterminée par l'instrument, c'est que l'écoulement de l'urine demeura soumis à la volonté

pendant trois ou quatre jours, au bout desquels seulement on s'aperçut que l'appareil était imbibé de liquide. Il suffit de placer une sonde dans la vessie pour obtenir une prompte guérison, parce que c'était la paroi antérieure de l'organe qui avait été blessée.

D'autres accidens consécutifs bien plus graves sont la péritonite, la métrite, des infiltrations séro-sanguinolentes, l'inflammation du tissu cellulaire pelvien, la déchirure des symphyses sacro-iliaques : tous ces accidens conduisent les femmes à la mort. C'est sur le dernier principalement qu'a insisté Baudelocque, l'un des plus grands ennemis de la symphyséotomie. Dans de nombreuses expériences faites à l'Hôtel-Dieu de Paris, il avait reconnu qu'on ne peut obtenir un écartement de deux pouces et demi entre les os pubiens qu'en portant les cuisses fortement en dehors, ou tirant sur les hanches, dans le même temps qu'on écartait les extrémités inférieures, et que toujours cet écartement était accompagné de la déchirure des symphyses sacro-iliaques. Mais les expériences de Baudelocque ont été faites sur des femmes de tout âge et mortes dans des conditions autres que celles qui vont accoucher. Or le résultat n'est plus le même quand on opère sur des femmes qui ont succombé immédiatement après la parturition. C'est ce qui résulte des observations faites depuis par MM. Giraud et Ansiaux. Ces opérateurs ont constaté, en effet, que la section pratiquée chez des sujets morts dans un âge avancé produit peu d'écartement; qu'à âge égal on obtient un écartement plus grand chez la femme morte pendant ses couches que chez celle qui a péri hors de cet état, et qu'alors la déchirure des symphyses sacro-iliaques est beaucoup moins

à craindre. Quoi qu'il en soit, on doit toujours redouter cet accident, dont les conséquences sont mortelles.

En supposant même que l'opérée ne succombât pas, elle pourrait rester atteinte de claudication, par suite d'un défaut de consolidation de la symphyse pubienne. Quelques praticiens ont considéré cette dernière circonstance comme un événement dont on devrait se féliciter, disant que, dans le cas d'une nouvelle grossesse, elle dispenserait de répéter l'opération. Mais les os ne restent pas disjoints; c'est seulement la substance cellulo-fibreuse produite entre eux qui n'acquiert pas la solidité convenable; or, l'écartement qui resterait entre les pubis ne serait jamais assez considérable pour dispenser d'une seconde opération, si en réalité la première avait été absolument nécessaire, et cependant il pourrait l'être assez pour permettre aux organes contenus dans l'abdomen ou le bassin de faire hernie. La femme que nous avons vu opérer par Dubois conserva un écartement de plus d'un pouce, qui permettait à la vessie d'apparaître au-dehors; d'où résultait quelquefois de la gêne dans l'excrétion de l'urine.

Mais si la symphyséotomie entraîne des conséquences fâcheuses pour les femmes, elle en a de non moins graves pour les enfans. D'après un relevé fait par Baudelocque, sur quarante et une femmes qui furent opérées, quatorze succombèrent; les autres guérirent plus ou moins complétement et ne conservèrent que des infirmités. Quant aux enfans, treize seulement vécurent. On voit donc que la section de la symphyse est fort dangereuse, et qu'il ne faut y recourir que quand les circonstances ne permettent pas de pratiquer l'opération césarenne.

ARTICLE IV.

DE L'OPÉRATION CÉSARIENNE.

L'opération césarienne consiste à pratiquer, aux parois de l'abdomen et de l'utérus, une ouverture à travers laquelle on tire le fœtus du corps de la mère.

L'origine de cette opération se perd dans la nuit des temps. Mais il paraît qu'on n'y eut d'abord recours que dans le cas de mort de la mère. Une loi romaine, qu'on rapporte à Numa Pompilius, ordonnait d'ouvrir les femmes qui mouraient enceintes, afin de conserver des citoyens à Rome. Pline nous apprend que Manlius et César vinrent ainsi au monde. Cet usage se conserva pendant tout le moyen âge; au XVIIe siècle encore, le gouvernement de Venise décréta des peines sévères contre les gens de l'art qui n'auraient pas opéré avec le même soin que pendant la vie de la femme supposée morte, et, au XVIIIe, le roi de Sicile infligea la peine capitale aux médecins qui omettraient de soumettre à l'opération césarienne le corps des femmes mortes durant les derniers mois de la grossesse. Quant à la possibilité d'exécuter l'opération sur le vivant, Rousset, dont l'ouvrage parut en 1581, fut le premier qui osa la soutenir; mais la plupart des faits de ce genre qui remontent à une époque si éloignée, sont peu authentiques et encore moins concluans. Aujourd'hui on en connaît un assez grand nombre qui réunissent toutes les conditions nécessaires pour mériter créance; seulement il ne semble pas qu'on ait toutes les données indispensables pour apprécier convenablement la valeur intrinsèque de l'opération. Beaucoup de succès ont été proclamés, mais nous doutons que les in-

succès aient été enregistrés avec le même soin, et notre opinion est que si l'on connaissait aussi bien les uns que les autres, on trouverait une proportion bien moins encourageante encore que celle qui ressort des documens consignés dans les annales de l'art. En effet, quand on considère que l'opération a tant de fois échoué, en France et à l'étranger, entre les mains des hommes du plus grand mérite, on se demande comment elle aurait pu mieux réussir entre celles des gens ignorans, ou même totalement étrangers à l'art de guérir, qui, au dire des historiens, furent les premiers à la mettre en pratique. La gravité en est telle, que Dubois père doutait qu'elle pût jamais avoir de succès, et disait que, dans les cas où l'on prétendait avoir réussi, il y avait probablement eu une rupture de l'utérus, à travers laquelle la tête de l'enfant était passée. Adopter cette opinion, ce serait pousser le scepticisme trop loin, car nous possédons des faits à l'abri de toute contestation, qui démontrent que l'opération a été faite heureusement, et qu'il y a même des personnes qui l'ont subie plusieurs fois. Mais bien qu'il ne soit plus permis aujourd'hui de nier la possibilité de sauver ainsi quelques femmes, ce n'en est pas moins une triste ressource, dont il faut être très sobre, et à laquelle on ne doit recourir qu'après avoir acquis la conviction qu'il n'y a aucun autre moyen de terminer l'accouchement.

Les circonstances qui nécessitent l'opération césarienne sont les suivantes :

1° Elle est indiquée quand la femme meurt dans les derniers temps de la grossesse, ou à une époque postérieure au terme de la viabilité du fœtus. Les théologiens ont pensé qu'il fallait y recourir à quelque époque que

la mère succombât, afin d'assurer au moins les bienfaits du baptême à son fruit; si la famille l'exigeait, on pourrait, dans le doute, se prêter à ses scrupules sans le moindre inconvénient. Mais nous pensons qu'il n'y a d'indication précise qu'à l'époque où l'enfant est viable. Au reste, quand la mère meurt, il doit être bien rare que la maladie qui l'entraîne au tombeau n'ait point également exercé son influence sur l'enfant. On ne serait fondé à conserver quelque espoir que dans le cas où la mort de la mère résulterait d'un accident; encore faudrait-il que l'événement fût récent, car tout porte à croire que c'est par erreur qu'on a parlé d'enfans vivans tirés du sein de leur mère plusieurs heures après la mort. Des faits malheureusement trop nombreux, rapportés par les auteurs, Vanswieten, Baudelocque et Peu entre autres, attestent que de graves méprises ont été commises dans de semblables circonstances, qu'on a pris des morts apparentes pour des morts réelles, que certaines femmes sont revenues à la vie au moment où l'on se disposait à leur ouvrir le ventre, et que quelques unes mêmes, qui n'étaient qu'en léthargie, ont succombé à l'opération intempestive qu'on leur avait fait subir. D'autres faits ont également prouvé que, dans les derniers temps de la vie, la nature se livre souvent à des efforts considérables pour terminer l'accouchement par les voies naturelles. Nous fûmes appelé un jour près d'une jeune femme qui mourut de la rougeole entre le septième et le huitième mois de la grossesse; ayant trouvé le col de l'utérus presque entièrement dilaté, nous fîmes l'extraction de l'enfant, mais il était mort. Dans tous les cas, si l'on était obligé de pratiquer l'opération césarienne chez une femme

privée de vie, il faudrait s'assurer préalablement de sa mort par tous les moyens qui sont aujourd'hui à la disposition du médecin, après quoi on agirait encore avec les mêmes précautions que pendant la vie, pour parer à l'éventualité d'une erreur dont les conséquences seraient affreuses.

2° Les autres cas qui réclament l'opération césarienne se rapportent aux vices de conformation du bassin ou à la présence de tumeurs développées dans l'épaisseur des parties molles, toutes les fois que les voies par lesquelles le fœtus doit être expulsé sont rétrécies ou obstruées au point de rendre la délivrance impossible par l'application du forceps, et la mutilation du fœtus présumé mort plus dangereuse pour la mère que ne le serait l'opération césarienne. Dans le cas particulier de tumeurs, il faudrait en outre qu'on eût reconnu l'impossibilité absolue, soit de les attaquer par l'instrument tranchant, soit d'en diminuer le volume par la ponction, ou enfin de les refouler au-dessus du détroit abdominal.

Il y a deux temps à distinguer par rapport à l'opération césarienne, celui de nécessité et celui d'élection. Le premier cas a lieu, quand la nature de l'obstacle à l'accouchement ayant été bien constatée, il survient des accidens, comme une hémorrhagie, des convulsions, etc., qui mettent dans l'obligation d'accélérer la délivrance de la femme. En toute autre circonstance, il ne faut jamais pratiquer l'opération avant le terme révolu de la grossesse, avant l'établissement du travail, ni même avant que celui-ci ne soit arrivé à son plus haut degré d'intensité; car si l'on agissait avant que les contractions utérines fussent établies, on cour-

rait le risque de voir, après l'opération, l'utérus demeurer dans l'inaction, et la femme subir tous les dangers qui résultent de cette inertie ; en outre, l'écoulement des lochies ne pourrait avoir lieu. Il est donc essentiel d'attendre que la dilatation soit aussi avancée que possible.

Mais faut-il procéder à l'opération avant ou après la rupture de la poche des eaux? Les praticiens qui ont conseillé de n'agir qu'après l'écoulement des eaux alléguaient que par là on prévenait l'introduction de ces dernières dans la cavité abdominale. Cette considération est trop peu importante pour influer sur le parti qu'on doit prendre, car il est difficile qu'un épanchement ait lieu dans l'abdomen occupé par l'utérus distendu; d'ailleurs, la compression que les aides exercent sur les parties latérales du ventre y mettrait obstacle; et, quand bien même il s'effectuerait, un liquide de nature séreuse ne serait guère capable de provoquer des accidens graves dans le sac péritonéal. Nous pensons qu'il vaut mieux opérer avant que la poche soit rompue, parce que la distension de l'utérus est une circonstance favorable au retrait de ses parois après que les eaux se sont échappées par l'incision.

Les instrumens nécessaires pour l'opération consistent en quelques bistouris convexes sur leur tranchant et boutonnés, des pinces à ligature, des fils cirés, des aiguilles, des bandelettes de diachylon, des plumasseaux de charpie, des compresses, un bandage de corps, des éponges, du vinaigre, et de l'eau, tant froide que tiède.

Tous ces objets étant disposés, on couche la femme comme pour l'opérer d'une hernie étranglée, on la

fait maintenir par des aides, et on se place au bord du lit.

Les diverses méthodes qu'on a proposées pour exécuter l'opération peuvent être rapportées à quatre : 1° celle de Levret, ou mieux de Rousset, qui consiste à inciser les parois abdominales parallèlement au bord externe de l'un des deux muscles droits, le gauche de préférence, à une égale distance de ces muscles et d'une autre ligne conduite de l'extrémité de la troisième fausse côte à l'épine supérieure de l'os des iles; 2° celle de Mauriceau, adoptée par Platner, Solayrès, Deleurye et Baudelocque, dans laquelle l'incision porte sur la ligne blanche; 3° celle dite de Lauverjat, quoiqu'elle fût connue avant lui, qui consiste à faire une incision transversale depuis le bord externe du muscle droit jusqu'au niveau de l'épine iliaque antérieure et supérieure de l'os des iles; 4° enfin celle qui consiste à faire une incision parallèle au ligament de Poupart, depuis l'épine du pubis jusqu'au-delà de l'épine iliaque antérieure et supérieure, à refouler le péritoine de la fosse iliaque jusque dans l'excavation pelvienne, à ouvrir la partie supérieure du vagin, et à mettre l'orifice de l'utérus en rapport avec la plaie du ventre, pour abandonner ensuite l'accouchement aux seuls efforts de la nature, ou aider cette dernière soit avec la main, soit avec le forceps.

La première de ces méthodes a plusieurs inconvéniens. Les trois plans musculaires, dont les fibres suivent des directions différentes, ne sont pas tous coupés suivant le même sens; ceux qui le sont obliquement ou en travers éprouvent une rétraction qui empêche ensuite la coaptation de toute l'épaisseur des bords de la

plaie, nécessaire à leur exacte réunion. On est exposé aussi à léser l'artère épigastrique ou ses ramifications, d'où peut résulter une hémorrhagie assez considérable pour devenir inquiétante. Enfin l'axe longitudinal de l'utérus n'étant jamais parallèle à l'incision oblique du bas-ventre, on ne peut ouvrir ce viscère sans que la plupart de ses fibres ne soient coupées en travers ou obliquement, ce qui donne lieu à une plus grande rétraction de leur part, et à une cicatrice faible, exposant à des hernies consécutives : aussi la plupart des chirurgiens ont-ils abandonné cette méthode.

Dans celle qui porte le nom de Mauriceau, en fendant la ligne blanche, on évite les fibres musculaires, ainsi que les vaisseaux artériels d'un certain calibre; on incise l'utérus dans le sens de ses principales fibres, et l'on a la facilité d'établir le parallélisme entre la plaie de ce viscère et celle de l'abdomen, de sorte qu'il devient possible de reconnaître, soit à la vue, soit au toucher, ce qui se passe dans l'intérieur des organes, faculté dont on est privé lorsqu'on emploie le procédé de Levret. Cependant cette méthode n'est pas non plus exempte d'inconvéniens : elle expose à blesser la vessie, et la plaie est lente à se cicatriser.

Dans la méthode de Lauverjat, comme l'incision est parallèle aux fibres du muscle transverse, on ne fait pour ainsi dire qu'écarter ces fibres. A la vérité, on incise celles du grand et du petit obliques; mais si l'on fait attention au lieu sur lequel porte l'instrument tranchant, on reconnaît que là elles sont presque parallèles aux fibres du transverse, de sorte qu'en réalité on les écarte plutôt qu'on ne les divise. Ensuite, pour qu'une hémorrhagie se déclarât, il faudrait que le hasard fît

rencontrer les branches anastomotiques de l'artère épigastrique avec les lombaires, et l'on a plus de chances d'éviter ces vaisseaux en faisant l'incision parallèle à leur trajet qu'en lui donnant une direction perpendiculaire à la leur. La même remarque s'applique aux vaisseaux et aux nerfs utérins. Un autre avantage qu'on retire de ce procédé consiste en ce que, quand l'utérus est débarrassé du produit de la conception et revient sur lui-même, sa partie inférieure forme une sorte d'entonnoir dans lequel s'amassent les liquides provenant du suintement de la plaie, qui trouvent une issue facile par l'orifice du col. Cependant, malgré ces avantages, la plupart des chirurgiens rejettent la méthode de Lauverjat, et persistent à pratiquer l'incision de la ligne blanche, quelque peu de succès qu'ils en retirent.

Il faut louer l'intention de ceux qui ont voulu qu'on isolât le péritoine et les organes contenus dans son intérieur, pour en prévenir la lésion; mais on ne voit pas comment cette méthode serait exempte des accidens reprochés aux autres. L'arrachement du péritoine ne doit-il pas l'exposer à des inflammations tout aussi vives que celles qui résulteraient d'une incision faite avec méthode? A la vérité, on n'a point à craindre d'épanchement dans l'abdomen; mais la méthode est-elle réellement susceptible d'être mise en pratique? M. Baudelocque neveu, qui l'a tentée une fois, a échoué, et s'est vu forcé de revenir à l'opération césarienne proprement dite. D'ailleurs, qui garantit qu'après avoir été soulevé, le péritoine ne serait pas déchiré lors du passage de la tête de l'enfant?

En supposant qu'on préférât l'incision de la ligne blanche, voici les précautions qu'il y aurait à prendre.

La première, sans laquelle on s'exposerait à blesser le ligament rond et la trompe, consiste à ramener l'utérus au centre de la cavité abdominale, et à l'y faire fixer par deux aides, qui appliquent leurs mains sur les flancs de la femme. Levret conseillait de faire un gros pli à la peau avant de pratiquer l'incision; mais la distension des parois est telle qu'il n'y a pas moyen d'y parvenir. Peut-être vaudrait-il mieux ramener la peau du ventre de bas en haut avec le bord cubital de la main gauche, tandis que l'autre main conduirait le bistouri. L'incision doit avoir cinq à six pouces, et s'étendre, parallèlement à la ligne blanche, depuis l'ombilic jusqu'à deux pouces du pubis; prolongée plus bas, elle pourrait intéresser la vessie. Les tégumens étant coupés, on divise couche par couche les plans aponévrotiques de la ligne blanche, jusqu'au péritoine. On pratique alors à cette membrane une petite ouverture dans laquelle on plonge le doigt indicateur gauche, dont la face palmaire, garnie d'un bistouri boutonné, sert à agrandir l'incision et à lui donner les mêmes dimensions qu'à celle de la peau. L'utérus se trouve alors à découvert : il s'agit de l'ouvrir. Nous pensons que cette partie de l'opération doit être exécutée en deux temps. Dans le premier, on pratique une incision longitudinale qui n'intéresse qu'à peu près la moitié de l'épaisseur des parois de l'organe; dans le second, on divise peu à peu le reste de cette épaisseur, jusqu'à ce qu'on arrive, soit aux membranes de l'œuf, soit au placenta, qu'on reconnaît, les premières à leur transparence, le second à son aspect particulier. Alors on refoule ces parties avec le petit doigt, et l'on quitte le bistouri convexe pour en prendre un autre boutonné, à l'aide duquel on in-

cise la paroi utérine de bas en haut, dans toute l'étendue qu'on veut donner à l'ouverture; quand on rencontre le placenta, il ne faut pas l'inciser, ainsi que le précepte en a été donné; on doit le décoller vers l'un de ses côtés, pour arriver aux membranes. Une fois que celles-ci sont à découvert, il n'y a plus qu'à les rompre et procéder à l'extraction de l'enfant.

Aucun précepte ne peut être donné pour ce qui concerne cette extraction. L'opérateur s'y prend de la manière qu'il juge la plus convenable. Si le dos se présentait, on placerait deux doigts sous le corps, de manière à faire sortir simultanément les fesses et les épaules, et en dernier lieu la tête. Si c'était celle-ci qui se présentât, on pourrait passer le doigt sous le cou. L'extraction offre rarement des difficultés, à moins que l'incision ne soit trop petite, cas dans lequel, la rétraction de l'utérus sur lui-même mettant obstacle à la sortie de la tête, il faudrait introduire deux doigts par la partie supérieure de la plaie, accrocher le menton ou la mâchoire, faire exécuter à la tête un mouvement de bascule de haut en bas, et la dégager. Quelques personnes ont conseillé de s'aider alors du forceps; mais nous ne pensons pas que cela soit jamais nécessaire.

Quand on a extrait l'enfant, il reste encore à s'occuper de la délivrance. On ne doit pas se fier à la nature pour l'expulsion du placenta. Si donc cette masse n'avait point été détachée par l'effet de la rétraction des fibres utérines, on glisserait la main entre elle et la paroi antérieure de l'organe, afin de la séparer et de l'amener en dehors.

L'opération terminée, on passe deux doigts dans le

col de l'utérus, à travers la plaie, et deux autres dans le vagin, à travers la vulve, pour s'assurer que les communications sont parfaitement libres; puis on procède au pansement. On a prétendu qu'il fallait coucher la femme sur le dos, et abandonner la plaie à elle-même. Ce précepte ne serait bon qu'autant qu'on aurait eu recours à la méthode de Lauverjat; encore même alors vaudrait-il mieux lui tenir les jambes dans un état de demi-flexion, au moyen d'un coussin, et lui fléchir en même temps le haut du corps sur le bassin, position qui pourrait suffire pour rapprocher les lèvres de la plaie. Si l'on avait opéré sur la ligne blanche, il serait préférable que la malade restât couchée tout de son long, afin de tendre et de rapprocher les lèvres de l'incision. Sabatier rejetait toute espèce de suture, et voulait qu'on se contentât de bandelettes agglutinatives; mais, l'action de ces bandelettes ne portant que sur les tégumens, les parties sous-jacentes ne se réunissent pas d'une manière complète, et la femme demeure exposée à tous les inconvéniens de l'éventration. Il convient donc de pratiquer deux ou trois points de suture enchevillée, en ayant soin de laisser, vers la partie inférieure, un espace libre pour l'écoulement des liquides qui s'échappent de l'abdomen. On place ensuite des bandelettes agglutinatives, puis des gâteaux de charpie, des compresses et un bandage de corps médiocrement serré.

Le régime doit être sévère, comme celui qu'on prescrit à la suite de toutes les grandes opérations chirurgicales. Il peut y avoir quelquefois nécessité de recourir aux émissions sanguines, générales ou locales, plus ou moins répétées suivant la gravité des accidens qui surviennent et la constitution du sujet.

On a proposé d'engager la femme à nourrir son enfant, afin que le mouvement fluxionnaire vers les mamelles diminuât l'intensité des accidens inflammatoires du côté de l'abdomen. Tout en reconnaissant le fondement des considérations physiologiques sur lesquelles ce précepte repose, nous ne pensons pas qu'on doive le suivre. L'obligation de se mettre sur son séant et l'action de l'enfant sur le sein suffisent quelquefois pour déterminer des coliques chez la femme qui vient d'accoucher; combien plus d'influence encore ne pourraient-elles pas avoir chez celle qui vient de subir une des plus graves opérations de la chirurgie ! Nous croyons donc que si l'on jugeait utile de déterminer une fluxion vers les glandes mammaires, il vaudrait mieux recourir à des moyens artificiels, comme les pompes, les ventouses, ou la succion exercée, soit à l'aide d'une pompe, soit par de jeunes chiens.

QUATRIÈME DIVISION.

DES ACCOUCHEMENS ARTIFICIELS DÉTERMINÉS PAR DES ANOMALIES.

Dans cet ordre, le quatrième et dernier de ceux que nous admettons parmi les accouchemens artificiels, sont comprises les anomalies qui peuvent se rencontrer eu égard, soit au siége, à la marche ou au produit de la grossesse, soit à la terminaison de l'accouchement. Nous avons donc à examiner successivement les grossesses extra-utérines, l'avortement, les grossesses multiples et les ruptures de l'utérus.

CHAPITRE PREMIER.

DES GROSSESSES EXTRA-UTÉRINES.

Les grossesses extra-utérines sont, comme leur nom l'indique, celles dans lesquelles le produit de la conception se développe en dehors de la cavité utérine. Nous avons dit, dans le premier volume, qu'on en admet plusieurs espèces, désignées sous le nom d'ovarienne, abdominale, tubaire, utéro-tubaire et interstitielle, suivant que ce développement a lieu, soit dans l'ovaire, l'abdomen, la trompe, ou la trompe et l'utérus à la fois, soit dans l'épaisseur même des parois utérines.

La grossesse ovarienne serait assez commune si l'on en jugeait d'après les faits qui ont été enregistrés sous ce nom dans les annales de l'art. Cependant quelques modernes la révoquent en doute, disant que, dans les cas qui y ont été rapportés, il y avait tout simplement grossesse abdominale avec développement du germe à la surface et non dans l'intérieur de l'ovaire.

La grossesse abdominale peut être primitive ou secondaire. On la dit primitive quand le produit de la conception, au lieu d'être saisi par la trompe, tombe dans la cavité abdominale, et s'y développe ; elle prend l'épithète de secondaire lorsque ce produit, ayant acquis un certain degré d'accroissement dans la trompe, ou même dans l'utérus, passe dans la cavité péritonéale, après une rupture accidentelle des parois de l'organe qui lui avait servi jusqu'alors de domicile, et, comme dans le cas précédent, y provo-

que une sorte d'inflammation circonscrite dont le résultat est la production d'un kyste qui l'enveloppe et la protège.

La grossesse tubaire est la plus commune de toutes. Elle offre d'assez nombreuses variétés ; car non seulement l'œuf peut s'être fixé sur un point quelconque du conduit compris entre l'orifice abdominal et l'ouverture utérine de la trompe; mais encore il peut s'être développé en partie dans la trompe et en partie dans l'utérus, ou même simultanément dans l'abdomen, la trompe et l'utérus.

Quant à la grossesse interstitielle, celle qui a lieu dans l'épaisseur même des couches charnues de l'utérus, on n'en connaît qu'un petit nombre d'exemples. Plusieurs anciens accoucheurs paraissent l'avoir observée ; mais ils n'ont fait que l'indiquer d'une manière vague, et ce sont les travaux des modernes, de M. Breschet surtout, qui l'ont signalée à l'attention.

Une obscurité profonde enveloppe les causes des grossesses extra-utérines. On a prétendu qu'une vive commotion morale éprouvée par la femme au moment même de la copulation, ou une violence extérieure ressentie par elle peu de temps après le coït fécondant, pouvait troubler l'action de l'organe destiné à saisir l'ovule et à le transporter dans l'utérus. Quand bien même cette théorie ne présenterait pas de grandes difficultés, elle ne saurait rendre raison de toutes les grossesses extra-utérines; elle ne s'appliquerait qu'à celles qu'on appelle primitives, et les secondaires, celles principalement qui résultent d'une rupture de l'utérus à une époque peu avancée de la vraie grossesse, réclameraient une autre explication. Le plus sage parti

à prendre est donc d'avouer franchement notre ignorance complète à cet égard.

Il est très difficile, pour ne pas dire impossible, de reconnaître une grossesse extra-utérine durant les premiers mois. On a prétendu que les règles ne discontinuaient pas de couler, que la femme n'était point sujette à des vomissemens, que la sécrétion laiteuse ne s'établissait pas dans les mamelles. Mais ces prétendus caractères distinctifs sont tous illusoires. Tantôt les menstrues persistent, et tantôt elles cessent de couler; les mêmes variations s'observent relativement à la sécrétion du lait, et l'on a vu des femmes éprouver des vomissemens continuels depuis le commencement jusqu'à la fin. D'un autre côté, certaines femmes continuent d'avoir un écoulement de sang pendant les trois ou quatre premiers mois d'une grossesse utérine, et il y en a beaucoup aussi qui ne vomissent à aucune époque de cette dernière, qui ne présentent pas non plus la moindre apparence de lait dans leurs mamelles. Ce qui mérite toutefois d'être noté, c'est qu'il se rencontre quelquefois une douleur fixe, constante et circonscrite, dans un point quelconque de la cavité abdominale, par exemple, à l'aine ou à la région ombilicale; c'est aussi que la femme conserve l'aptitude à être fécondée de nouveau et à devenir grosse d'un nouvel enfant contenu dans l'utérus. Le ventre se développe d'une manière plus ou moins irrégulière, et, dans beaucoup de cas, on y sent deux tumeurs distinctes, formées, l'une par le kyste anormal, l'autre par l'utérus. Le toucher fait connaître que ce dernier organe est vide, et assez souvent qu'il n'a pas conservé sa position habituelle, que la tumeur l'a plus ou moins refoulé contre une des pa-

rois du bassin. En explorant l'abdomen avec la main, il semble quelquefois que le fœtus soit situé plus près de la superficie qu'à l'ordinaire, et qu'on discerne plus aisément ses mouvemens actifs, qui sont en même temps plus douloureux pour la mère.

Rien n'est plus variable que la durée des grossesses extra-utérines. Elle peut être de quelques semaines seulement, ou se prolonger un grand nombre d'années. On cite des femmes chez lesquelles elle a été de vingt-cinq, trente, et même jusqu'à quarante-six ans ; mais, dans la plupart des cas, elle n'atteint pas le cinquième mois. Sous ce rapport, on a classé les grossesses extra-utérines de la manière suivante : les interstitielles, les tubaires, les ovariennes et les abdominales. D'après cet ordre, qui a été déduit plutôt de vues théoriques que de l'observation directe, les interstitielles seraient les plus courtes, et les abdominales celles qui peuvent se prolonger le plus.

On a remarqué que, dans celles qui parcourent toutes les phases de la grossesse ordinaire, et dont on possède divers exemples, il se déclarait, vers la fin, une espèce de travail, caractérisé par des douleurs intermittentes, parfois assez vives, un commencement de dilatation du col, l'écoulement d'un liquide muqueux ou sanguinolent, et des contractions véritables de l'utérus. On a même vu ces phénomènes se reproduire à des époques fixes ou irrégulières, dans des circonstances où la grossesse durait des années entières. Mais il s'en faut de beaucoup qu'on puisse les considérer comme constans.

La terminaison la plus ordinaire des grossesses extra-utérines est la rupture du kyste qui remplit l'office

de l'utérus à l'égard du fœtus. Tantôt cette rupture a lieu d'une manière subite, à la suite d'un coup, d'une chute, d'un effort; tantôt elle s'opère d'une manière lente et graduelle. De ces deux cas, le premier rentre parfaitement dans celui des ruptures de l'utérus, dont il offre tous les phénomènes et entraîne toutes les conséquences, une hémorrhagie rapidement mortelle ou une péritonite violente, qui peut, quand elle n'enlève pas la mère, donner lieu à la formation d'un nouveau kyste, et amener ainsi des résultats consécutifs analogues à ceux qu'on observe dans le second cas. Celui-ci, bien que très grave aussi, est cependant plus favorable, en ce qu'il procure plus de chances pour la formation, soit d'un abcès qui laisse quelque espoir de sauver la malade, soit d'un kyste secondaire dans l'intérieur duquel le produit de la conception subit des altérations diverses, comme il arrive dans l'autre mode de terminaison dont nous allons parler.

Ce mode consiste en ce que le fœtus, frappé de mort, soit par défaut de nutrition, soit par l'effet de l'inflammation des parties qui l'ont momentanément protégé, se durcit, se momifie en quelque sorte, ou passe à l'état de gras de cadavre; toutes les parties liquides sont alors résorbées, et le kyste, resserré sur lui-même, devient peu à peu une tumeur solide et fibreuse, qui peut rester indéfiniment dans l'abdomen sans compromettre les jours de la femme. Quelquefois cependant ce kyste se transforme en un véritable foyer de pus, au milieu duquel le fœtus se putréfie, et dont le contenu se fraie graduellement une issue, soit dans la cavité péritonéale, soit dans un viscère creux, comme l'intestin ou la vessie, soit même immédiatement au-

dehors, entraînant avec lui, à des intervalles plus ou moins rapprochés, des débris du corps de l'enfant. Dans certaines circonstances enfin, le sac fait place à un kyste rempli de liquide non purulent, épais ou limpide, jaune, brun ou rougeâtre, au milieu duquel flottent des résidus plus ou moins considérables du fœtus. De ces trois cas, le premier est évidemment le plus favorable, et c'est à lui qu'on doit rapporter toutes les grossesses extra-utérines qui ont duré un grand nombre d'années. Le troisième, beaucoup plus rare, peut également offrir des chances de salut à la femme. Mais le second est fort grave ; le plus ordinairement la mère succombe, dans un laps de temps très variable, aux progrès de l'inflammation, aux fusées purulentes qui se portent en tous sens, à la fièvre hectique, qui ne peut guère manquer d'être la conséquence de pareils désordres. On a vu néanmoins, dans quelques cas trop rares, l'abcès se vider peu à peu de tout son contenu, expulsé par le vomissement, par les selles, ou par une ouverture extérieure, et finir par se cicatriser, ou du moins se réduire aux simples proportions d'un trajet fistuleux. On connaît quelques exemples de fœtus dont les débris ont ainsi passé dans la vessie, où ils sont devenus des noyaux de calculs que l'art est parvenu à extraire avec succès.

Les secours à administrer se réduisent malheureusement à bien peu de chose. Avant la rupture du kyste, eût-on même la certitude d'une grossesse extra-utérine, il serait plus qu'imprudent de rien tenter, car on ne peut entreprendre une opération grave au hasard, et ici on ne saurait jamais au juste sur quelles parties on aurait à agir. Mais, après la rupture du kyste, si l'on était

appelé à une époque très rapprochée de l'événement, la gastrotomie semblerait devoir être tentée; du moins laisserait-elle plus d'espoir de conserver la mère qu'on n'en peut avoir en l'abandonnant aux seules ressources de la nature, et l'on sait aujourd'hui qu'elle a été pratiquée quelquefois avec succès, qu'elle a préservé les jours, tantôt de la femme seule ou de l'enfant seul, tantôt de l'un et de l'autre. Le danger de l'hémorrhagie après la délivrance, qui l'avait fait rejeter par Levret et Sabatier, a été manifestement exagéré. Dans tous les cas, les chances ne pourraient être pires que celles de l'opération césarienne, qu'on ne craint cependant pas de prescrire. S'il était question d'un kyste dont le contenu manifestât de la tendance à se faire jour au-dehors, on pourrait en favoriser la déplétion par des débridemens méthodiques, en observant toutes les précautions qui sont d'usage dans les abcès à vaste foyer, compliqués de clapiers et de trajets fistuleux.

CHAPITRE II.

DE L'AVORTEMENT.

L'avortement est l'expulsion prématurée du produit de la conception.

Les auteurs ont donné différens noms à cette expulsion, suivant l'époque à laquelle elle arrive. Aristote l'appelait *effluxion* quand elle a lieu avant le septième jour de la conception, et *avortement* lorsqu'elle s'effectue du septième au quarantième jour. Cette distinction n'est plus admise aujourd'hui, et l'on dit qu'il y a avortement toutes les fois que le fœtus sort de la matrice avant d'être arrivé au terme de sa viabilité. Les per-

sonnes étrangères à la médecine le nomment *fausse couche* quand il survient d'une manière spontanée, c'est-à-dire sans cause appréciable, et *blessure* lorsqu'il succède à une violence extérieure, à un accident.

Les deux ou trois premiers mois de la grossesse sont ceux pendant lesquels l'avortement est le plus commun. Cette fréquence dépend de ce que les connexions entre l'œuf et l'utérus ne commencent à acquérir quelque consistance qu'après le troisième mois.

Divers auteurs ont dit qu'il y a plus de fœtus abortifs du sexe féminin que du sexe masculin. L'opinion contraire, répandue parmi le vulgaire, est une erreur qu'on doit attribuer à la ressemblance qui, dans les petits embryons, existe entre les organes de l'un et de l'autre sexe, sous le point de vue de la configuration. Le sexe féminin l'emporte d'autant plus sur l'autre, que l'avortement a lieu plus près du terme de la conception.

Les causes de l'avortement peuvent être distinguées en efficientes et déterminantes.

Comme dans l'accouchement, ce sont les contractions utérines, aidées des efforts musculaires de la femme, qui constituent la cause efficiente.

Quant aux causes déterminantes, on en a fait deux catégories, suivant qu'elles sont ou prédisposantes ou occasionnelles.

Les causes prédisposantes jouent un si grand rôle, par rapport à l'avortement, que, dans une multitude de cas, celui-ci ne saurait avoir lieu sans elles. Ainsi, pour que certaines femmes fassent une fausse couche, il suffit qu'elles soient frappées d'une odeur pénétrante, qu'elles lèvent les bras, parfois même seulement

qu'elles descendent du lit, tandis que, chez d'autres, les plus graves accidens ne parviennent point à produire le même effet; Mauriceau, par exemple, cite une femme enceinte de sept mois qui se cassa le bras en tombant du troisième étage de la maison qu'elle habitait, et dont la grossesse n'en suivit pas moins son cours plein et entier.

Les causes prédisposantes se rapportent à l'état général de la femme, à celui de l'utérus ou à celui de l'œuf.

Il est d'observation générale que les femmes pléthoriques, irritables, nerveuses, hystériques, lymphatiques, faibles et maladives, avortent plus fréquemment que les autres. La même remarque a été faite à l'égard de celles qui ont beaucoup d'embonpoint, quand toutefois elles ne sont pas frappées de stérilité.

La rigidité des fibres de l'utérus, en mettant obstacle à la distension du viscère, prédispose à l'avortement. Du moins, l'admission de cette cause explique-t-elle le phénomène offert par certaines femmes, qui, après plusieurs fausses couches, de plus en plus éloignées du moment de la conception, finissent par conduire leur grossesse à peu près jusqu'au terme ordinaire. On dirait que, chez elles, l'utérus a besoin de s'essayer en quelque sorte, et qu'il ne peut arriver que peu à peu au degré de flexibilité qui lui permet de prendre un complet développement. Chez d'autres femmes, l'avortement dépend de la faiblesse ou de la laxité trop grande, congéniale ou acquise, du col de l'organe, d'une phlegmasie aiguë ou chronique survenue pendant le cours de la grossesse, mais surtout, et le plus souvent, d'une lésion organique de l'utérus ou de ses annexes, par exemple d'une

tumeur squirrheuse ou autre. Sous ce dernier rapport, il est digne de remarque que les tumeurs du col utérin entraînent presque toujours l'avortement, tandis que celles de l'intérieur de l'organe permettent souvent à la grossesse d'atteindre son dernier terme. En somme, on peut résumer cette catégorie de causes en disant qu'elle embrasse tout ce qui est susceptible de gêner le développement complet et facile de l'utérus.

Les causes inhérentes à l'œuf sont nombreuses; mais nous n'avons aucun moyen de les reconnaître d'avance, et nous ne parvenons à les constater qu'après l'expulsion. Ce sont la faiblesse du produit de la génération, son état de mort, ses maladies, celles du placenta ou des membranes, la brièveté extrême du cordon, et son enroulement autour du fœtus ou sa torsion sur lui-même, qui portent atteinte à la vie du nouvel être, soit en le soumettant à une forte constriction, soit en empêchant le sang de la mère d'affluer vers lui.

On compte également un grand nombre de causes occasionnelles. Les unes agissent sur l'économie entière, tandis que les autres exercent une influence purement locale.

Parmi les premières, nous citerons les maladies aiguës qui surviennent pendant le cours de la grossesse, les fièvres de toute espèce, les affections des organes thoraciques, des viscères abdominaux et de la peau, la syphilis, certaines influences épidémiques signalées par les anciens observateurs, et dont le choléra a fourni naguère encore un exemple, enfin l'habitude et l'hérédité. A l'égard de ces deux dernières circonstances, on sait qu'une femme qui a déjà eu des fausses couches est par cela même prédisposée à en éprouver encore. Quant

à l'hérédité, elle ne peut jouer de rôle qu'en ce qui concerne la transmission de certaines constitutions ou dispositions organiques favorables à la manifestation de l'accident. Il faut encore ranger ici diverses médications trop souvent employées dans des vues criminelles, comme les emménagogues, les purgatifs drastiques et les excitans de toutes sortes. A la vérité, ces moyens échouent fort souvent quant au but principal; mais ils compromettent presque toujours la santé et fréquemment même l'existence de celles qui y ont recours.

Enfin, cette catégorie embrasse également les causes morales, la frayeur, le chagrin, la colère, et toutes les passions qui portent une brusque et profonde atteinte au mode normal de la circulation.

A l'égard des causes dont l'influence ne s'exerce que d'une manière locale, elles n'en ont pas moins une très grande portée. Ici se rapportent les coups, les chutes, l'exercice du cheval, l'abus de la danse, et celui surtout du coït, qui devient la source de plus d'une fausse couche dans les jeunes ménages, principalement chez les femmes atteintes d'un abaissement de l'utérus. On doit encore placer ici les maladies de la vessie et du rectum, à cause de l'excitation qu'elles communiquent fréquemment à l'utérus.

Les phénomènes de l'avortement varient suivant que le contenu de l'utérus est expulsé en totalité ou en partie seulement. Quelquefois l'œuf sort entier; c'est même ce qui arrive en général jusqu'au commencement du troisième mois, époque après laquelle le volume du produit de la conception ne permet ordinairement pas qu'il en soit ainsi, bien que les auteurs, surtout parmi les modernes, citent plusieurs exem-

ples du contraire. Quand les membranes se déchirent, l'expulsion du placenta n'a lieu, dans la majeure partie des cas, qu'après celle du fœtus; mais on l'a vue aussi précéder cette dernière. Dans certaines circonstances, les membranes, après leur rupture et la sortie du germe, conservent des connexions vasculaires avec la face interne de l'utérus, et continuent de se développer, d'où résultent des môles de diverse espèce. Dans d'autres, où elles ne se rompent pas, le fœtus subit une atrophie qui le réduit aux dimensions d'un embryon de quatre ou cinq semaines, bien que la femme soit enceinte de plusieurs mois; cette atrophie va même parfois, sans qu'on puisse trop s'expliquer comment, jusqu'à le faire disparaître complétement, de manière qu'il ne reste plus que ses annexes, qui même fréquemment se transforment en une véritable môle hydatiforme ou autre. Enfin, le fœtus, quoique frappé de mort, peut demeurer dans l'utérus pendant un laps de temps plus ou moins long, et alors il y subit des altérations variables, suivant que l'œuf demeure ou non à l'état d'intégrité: dans le premier cas, il éprouve une transformation plus ou moins analogue à celle des substances animales qui sont demeurées long-temps dans l'eau; dans le second, la décomposition s'empare de lui; il survient une fièvre grave, et l'on observe un écoulement, par les parties génitales de la mère, de liquide fétide entraînant des lambeaux putréfiés.

Lorsque l'avortement a lieu durant les premiers jours de la grossesse, les phénomènes qu'il provoque n'ont, en général, rien de bien remarquable, et ils diffèrent à peine de ceux qui accompagnent la menstruation difficile. La plupart des femmes croient alors n'avoir éprouvé

qu'un retard dans leurs règles, et elles prennent pour un caillot l'œuf qui sort, entier ou déchiré, au milieu d'une masse de sang plus ou moins liquide. A une époque plus avancée de la gestation, les symptômes sont plus marqués; mais tantôt on n'observe guère què ceux qui indiquent l'imminence d'un accouchement ordinaire, et tantôt on rencontre un certain cortége de phénomènes précurseurs, comme frissons, suivis de chaleur, défaut d'appétit, soif, lassitudes spontanées, pâleur, tristesse, abattement, tuméfaction et lividité des paupières, pesanteur vers l'anus et la vulve, douleurs dans les lombes, fausses envies d'uriner, affaissement et flaccidité des mamelles. Au bout de quelque temps, les douleurs deviennent de plus en plus rapprochées, elles se dirigent de l'ombilic vers le coccyx, et prennent peu à peu les caractères de vraies contractions utérines; un écoulement sanieux, puis sanguinolent, et enfin sanguin, s'établit par les parties génitales; le col de l'utérus, s'entr'ouvre et se dilate de plus en plus, à mesure que les douleurs deviennent plus rapprochées; les membranes font saillie à travers l'orifice, puis elles s'y engagent et se rompent; les eaux de l'amnios s'écoulent, et le fœtus est expulsé, bientôt suivi du placenta, dont cependant la sortie se fait quelquefois attendre plus ou moins long-temps. Il faut noter néanmoins que tous ces phénomènes, l'écoulement du liquide amniotique excepté, peuvent exister sans que l'avortement ait lieu, de sorte qu'on doit toujours apporter une grande circonspection dans le diagnostic, surtout lorsqu'on n'a pu reconnaître d'une manière certaine la mort du fœtus.

Eu égard à l'enfant, le pronostic de l'avortement est

toujours funeste, puisque l'expulsion arrive à une époque où le produit de la conception n'est point encore apte à vivre hors du sein de sa mère. Quant à ce qui concerne la mère, il varie suivant les circonstances. Dans le monde, on croit l'avortement plus dangereux que l'accouchement; cette opinion est le plus souvent erronée, si on la considère d'une manière absolue; mais elle a quelque fondement, en ce sens que les causes auxquelles une fausse couche se rattache sont fréquemment des affections fâcheuses. Les moins dangereux de tous les avortemens sont ceux qui dépendent d'une maladie du fœtus ou de ses annexes, et les plus graves, ceux qui reconnaissent une violence extérieure, ceux surtout qui résultent de manœuvres criminelles. Ceux qui surviennent pendant le cours d'une inflammation aiguë d'un viscère important ou de la peau, se terminent presque toujours d'une manière funeste. Ces deux derniers cas exceptés, le degré de gravité est généralement proportionné au plus ou moins de progrès que la grossesse a faits, c'est-à-dire au développement qu'ont acquis les vaisseaux de l'utérus et du placenta.

Prévenir l'avortement, favoriser l'expulsion du contenu de l'utérus quand elle est devenue inévitable, et obvier aux accidents qui peuvent éclater, telles sont les indications à remplir.

Le traitement préservatif consiste à faire cesser ou du moins à atténuer autant que possible l'influence des auses occasionnelles. Il doit donc varier selon les circonstances. La femme est-elle débile, on lui prescrit le repos, un régime substantiel, des amers, des préparations ferrugineuses. Si elle est pléthorique,

c'est à la saignée du bras, aux rafraîchissans, à une alimentation peu succulente, et aux boissons aqueuses, qu'on doit recourir. Les mêmes moyens, plus les bains tièdes, sont indiqués quand l'utérus pèche par excès d'irritabilité des fibres de son corps. Lorsqu'au contraire il y a faiblesse et laxité du col, on emploie les bains froids, les eaux minérales froides, les injections fraîches dans le vagin, en recommandant toutefois de pousser celles-ci avec ménagement, précaution sans laquelle elles pourraient déterminer l'accident qu'on cherche à prévenir. Si la femme a déjà eu plusieurs fausses couches l'une après l'autre, il faut redoubler d'attention, surtout à l'époque où l'écoulement menstruel s'opérait avant la grossesse, et à celle où les précédens avortemens ont eu lieu; en pareil cas, la personne doit éviter toute fatigue, tout effort violent, et le mieux même pour elle est de s'assujettir à garder une situation horizontale jusqu'à ce que l'utérus commence à s'élever au-dessus du détroit supérieur; s'il survenait de la chaleur et de la douleur à l'hypogastre, on pratiquerait une saignée suffisante pour diminuer la congestion utérine, mais assez modérée pour ne pas causer une débilitation qui agirait en sens inverse du but qu'on se propose d'atteindre.

Le public croit qu'on ne doit pas tirer de sang avant le quatrième mois de la grossesse, et que toute saignée faite avant cette époque entraîne l'avortement. Cette opinion est erronée, comme le sont toujours en médecine les propositions absolues. Il n'y a point de règle générale à établir relativement à la saignée; elle convient à certaines femmes et nuit à d'autres. A celles-ci on peut tirer du sang en tout temps, à celles-là on ne le peut

qu'au commencement ou vers la fin de la gestation; ici une seule saignée suffit, là il en faut un grand nombre. Mauriceau cite deux femmes dont les époux étaient médecins, et qui furent saignées, l'une quarante-huit, l'autre quatre-vingts fois, pendant le cours de la grossesse, qui n'en vint pas moins à terme. C'est donc d'après la constitution du sujet et les indications de chaque cas particulier qu'on doit se guider. La saignée du bras est celle qu'on emploie dans la très grande majorité des cas; cependant celle du pied est quelquefois nécessaire, et Levret n'a pas craint de la conseiller. Quant aux sangsues à la vulve, la prudence veut qu'on s'en abstienne.

Les réflexions que nous venons de faire par rapport à la saignée s'appliquent également aux bains. Ces derniers ne conviennent point à toutes les femmes, et trop répétés ils pourraient nuire dans les cas mêmes où ils sont le plus formellement indiqués.

Quant aux purgatifs, on doit s'en abstenir autant que possible, ou du moins, s'il devient nécessaire d'y recourir, n'employer que les plus doux, les moins irritans de tous. Il importe beaucoup d'entretenir le ventre libre, et d'éviter l'accumulation des matières fécales dans le gros intestin, où leur présence deviendrait une cause d'irritation qui pourrait réagir d'une manière fâcheuse sur l'utérus. Mais on obtient ces résultats avec les lavemens simples, auxquels on ajoute quelquefois utilement une ou deux cuillerées d'huile.

Si, malgré toutes les précautions qu'on a prises, l'avortement n'en devient pas moins imminent, si la femme est prise tout-à-coup de petits frissons et de douleurs dans le bas-ventre, qu'il se manifeste un com-

mencement de contractions utérines, et qu'un écoulement muqueux, même sanguinolent, ait lieu par la vulve, il ne faut point encore perdre l'espoir de conserver la grossesse. La saignée ne conviendrait alors que chez un sujet robuste, pléthorique, dont le pouls offrirait de la plénitude et de la fréquence. Mais le plus souvent il s'agit de femmes grêles et nerveuses, chez lesquelles les émissions sanguines seraient contre-indiquées. Les moyens à mettre en usage en pareil cas consistent à faire coucher la malade aussi horizontalement que possible, à lui donner de petits lavemens laudanisés, et à lui administrer une potion calmante; par là, on parvient souvent à arrêter les contractions utérines.

Mais si le col de l'utérus s'efface de plus en plus, qu'il y ait un commencement de dilatation, et que déjà l'œuf soit accessible au doigt, il ne reste plus aucun moyen d'empêcher l'avortement, et tout ce qu'on peut espérer, c'est de le retarder. Toutes les fois que l'hémorrhagie n'est pas assez abondante pour inspirer des inquiétudes, on se borne à observer la marche de la nature, et on abandonne l'expulsion de l'œuf à ses seuls efforts. Il faut bien se garder de suivre le précepte des praticiens qui ont conseillé de rompre les membranes, car ce serait un moyen infaillible de ralentir le travail et de le rendre plus dangereux, à cause des difficultés que l'utérus pourrait avoir à se débarrasser des annexes et du fœtus, après avoir provoqué la sortie de ce dernier. C'est toujours une circonstance très favorable que l'œuf sorte entier, comme nous avons dit qu'il arrive d'ordinaire pendant les premiers mois de la grossesse.

Quand l'énergie des contractions utérines a déter-

miné la rupture des membranes, l'écoulement du liquide amniotique et la sortie du fœtus, tout n'est pas encore terminé pour cela. Au bout d'un laps de temps plus ou moins long, le sang reparaît, et l'hémorrhagie dure tant que le délivre reste engagé dans l'utérus. Quelques auteurs conseillent alors de pratiquer le toucher, et lorsque le doigt découvre une partie du placenta, ou des membranes, d'exercer dessus des tractions; mais il faut bien se garder d'agir ainsi, car on ne ferait qu'accroître l'hémorrhagie. On attend donc la dilatation spontanée du col, ou bien on cherche à la déterminer. Si la femme perdait beaucoup de sang, on aurait recours au tamponnement, ou à l'introduction d'une tranche de citron dans le col. L'hémorrhagie arrêtée, on pourrait glisser le doigt dans l'utérus, et l'y promener, afin de détacher le placenta; mais, pour peu que cette manœuvre présentât des difficultés, il faudrait attendre, et se renfermer dans le rôle d'observateur.

Les choses ne sont point aussi simples quand la grossesse est avancée. La conduite à tenir en pareil cas diffère peu de celle qu'on doit suivre dans l'accouchement à terme. Alors il faut toujours tamponner s'il survient une hémorrhagie copieuse, et se conformer d'ailleurs aux autres règles que nous avons tracées en parlant de cet accident dans l'accouchement au neuvième mois. Quand le sang coule peu abondamment, on prescrit le repos, et l'on exerce une surveillance active. L'expulsion du placenta se fait quelquefois attendre long-temps; nous l'avons vue n'avoir lieu qu'au dix-septième jour. C'est à tort qu'on a supposé que cet organe était résorbé dans certaines circonstances; mais il lui arrive parfois de tomber en putréfaction et de se

détacher par lambeaux, qui sortent avec les lochies. Le seigle ergoté a été conseillé en pareil cas; ce moyen est plus nuisible qu'utile; nous n'avons jamais eu à nous féliciter des résultats de son action.

CHAPITRE III.

DES GROSSESSES MULTIPLES.

Les grossesses multiples sont celles dans lesquelles l'utérus renferme plus d'un fœtus. Si l'on s'en rapportait au dire de quelques auteurs, certaines localités influeraient sur leur fréquence. Pline, par exemple, assure qu'on en voit davantage dans les pays chauds que dans les régions du Nord. Mais ce n'est que quand la plupart des peuples auront adopté un mode uniforme de constater les naissances qu'il sera possible d'établir une opinion plus ou moins fondée sur la fréquence des grossesses multiples suivant les climats.

Quoi qu'il en soit, les grossesses gémellaires ne sont pas rares. On en a compté 444 sur 37,441 accouchemens à l'hospice de la Maternité, ce qui établit entre elles et les grossesses simples la proportion de 1 à 85 environ. Les grossesses triples sont infiniment moins communes; car dans le nombre précité d'accouchemens, il ne s'en est trouvé que cinq. Le relevé des naissances à l'Hôtel-Dieu et à l'hospice de la Maternité, depuis 1761 jusqu'en 1826, ne fournit aucun exemple de grossesse quadruple, sur une masse de 108,000 accouchemens. Peu, Lauverjat et quelques autres, citent des grossesses quintuples. Quant aux prétendus faits de femmes qui ont mis au monde à la fois six, sept, huit enfans et même plus, aucun ne repose sur des docu-

mens authentiques, et l'on peut les révoquer en doute, sinon même les ranger parmi les fables.

En général, dans les grossesses multiples, chaque embryon a ses membres propres, dont l'adossement produit une cloison à quatre feuillets superposés; car il n'existe jamais de caduque entre les feuillets adossés du chorion et de l'amnios. Quelquefois cependant le même œuf renferme deux embryons. Enfin il y a des cas où chaque embryon a son amnios, mais où l'on ne rencontre qu'un seul chorion. Les placentas sont tantôt distincts, tantôt réunis en une seule masse, avec ou sans communications vasculaires entre eux. Toutes les fois que les placentas sont séparés, les fœtus jouissent d'une vie distincte, c'est-à-dire que l'un d'eux peut mourir sans entraîner la mort de l'autre, ou même être expulsé de l'utérus sans que la grossesse soit arrêtée pour cela. Dans le cas contraire, les fœtus ont une existence commune, et si l'un vient à succomber, l'autre périt infailliblement.

Les dispositions que présentent les jumeaux dans le sein de leur mère varient beaucoup; quelquefois ils sont placés l'un à côté de l'autre, offrant tous deux ou la tête, ou l'extrémité pelvienne, à l'orifice de l'utérus; mais, le plus ordinairement, ils se présentent, l'un par la tête et l'autre par les pieds. Dans certains cas, l'un a la tête tournée vers le col utérin, et l'autre est disposé obliquement; dans d'autres, tous deux sont placés transversalement à l'égard du détroit abdominal. Nous ne pouvons qu'indiquer très sommairement quelques unes de ces dispositions, d'où naissent des indications plus ou moins variées à remplir.

Parmi les physiologistes, les uns ont pensé que les

grossesses multiples étaient le résultat d'un seul et même acte de fécondation, et les autres ont soutenu qu'elles dépendaient de deux imprégnations successives, ou, pour employer le terme consacré, qu'elles étaient le fruit d'une véritable superfétation. Ces deux opinions sont également vraies, mais en tant seulement qu'on s'abstient de les présenter sous une forme absolue. Deux fœtus contenus dans un même œuf, c'est-à-dire qui n'ont à eux deux qu'un seul amnios et un seul chorion, ne peuvent évidemment provenir que d'une seule fécondation; et l'on ne saurait non plus admettre une autre théorie à l'égard des cas dans lesquels, bien que les membranes qui constituent l'œuf soient distinctes, il y a fusion complète, ou du moins connexion vasculaire, entre les placentas. Quand, au contraire, ceux-ci ne sont point confondus ensemble, chaque fœtus ayant d'ailleurs ses membranes à part, la superfétation est possible. A la vérité, il faut des circonstances exceptionnelles pour procurer une entière certitude à cet égard; mais ces circonstances se sont rencontrées quelquefois, et l'on connaît plusieurs exemples de femmes blanches ou de négresses qui, ayant eu successivement commerce avec un blanc et un nègre, ont mis au monde deux enfans, dont l'un était blanc ou noir, et l'autre mulâtre. Seulement, la superfétation n'est possible qu'autant que les actes fécondateurs se succèdent à très peu d'intervalle, avant l'épanchement dans la cavité utérine de la lymphe coagulable qui doit donner naissance à la membrane caduque. On ne saurait, suivant nous, admettre d'exceptions à cette règle que chez une femme dont la matrice serait double, ou s'il s'agissait d'une grossesse extra-utérine. A la vérité, on

a voulu considérer comme des cas de superfétation ceux dans lesquels une femme, après être accouchée d'un enfant bien conformé, en met au monde, au bout de quelque temps, un second plus ou moins abortif; mais ce sont là des cas qu'on a mal interprétés, et qui doivent être rapportés à des grossesses gémellaires dans lesquelles le développement d'un des deux embryons a été arrêté par une cause quelconque. Nous avons soigné une dame qui, au troisième mois de la gestation, éprouva tous les symptômes de l'avortement, et dont l'utérus expulsa, en effet, un petit fœtus avec son placenta. On la croyait complétement délivrée; cependant son ventre continua de s'accroître, et six semaines après, elle ressentit des mouvemens dans l'hypogastre; sa grossesse marcha dès lors avec régularité, et au neuvième mois, c'est-à-dire six mois environ après la fausse couche, elle mit au monde un enfant à terme et bien portant. Une autre femme, ayant éprouvé une vive secousse au second mois de sa grossesse, fut prise d'un écoulement de sang par la vulve. Craignant une fausse couche, et ayant d'ailleurs affaire à une personne robuste, nous pratiquâmes une saignée de cinq à six onces, et prescrivîmes un repos absolu, qui fut observé pendant quinze jours, conjointement avec l'usage des boissons rafraîchissantes et acidulées. Les accidens cessèrent, la grossesse se développa d'une manière régulière, et à neuf mois la femme accoucha d'un garçon. Au moment où nous procédâmes à la délivrance, nous sentîmes un corps dur, qu'après la sortie du délivre nous reconnûmes être un fœtus avorté de deux ou trois mois, en quelque sorte momifié, et contenu dans une poche distincte dont le liquide avait été résorbé.

De toute évidence, ce fœtus avait été détruit à l'époque de la secousse dont nous avons parlé, sans nuire à son frère, entre lequel et lui n'existait aucune communication, autrement sa mort eût entraîné celle de l'autre. Nous pourrions citer encore d'autres faits analogues tirés de notre propre pratique, ou empruntés aux auteurs.

Les signes des grossesses multiples sont de deux ordres, savoir : ceux qui se manifestent pendant le cours de la gestation, et ceux qu'on observe durant le travail de l'accouchement.

Les premiers de ces signes sont tous fort équivoques.

Quelques personnes ont avancé que les grossesses multiples devaient se reconnaître au volume excessif du ventre. Mais des circonstances fortuites et étrangères à la grossesse, comme un épanchement de liquide, l'ampliation d'un des viscères abdominaux, l'accumulation des matières stercorales, peuvent également donner lieu à un développement considérable de cette partie du corps.

On a prétendu que quand l'utérus d'une femme renfermait plusieurs fœtus, son ventre avait une forme irrégulière ; que presque toujours on y apercevait une dépression plus ou moins correspondante au centre, et indiquant la ligne de séparation des deux œufs. Cette dépression peut bien exister dans certains cas ; mais, le plus souvent, on n'en découvre aucune trace : si elle a lieu, c'est plus particulièrement pendant le cours du travail, et surtout après la rupture de la première poche. Elle peut même se rencontrer sans qu'il y ait pour cela grossesse double, et dépendre

uniquement de la distension d'un des viscères abdominaux, ainsi que nous avons eu occasion d'en voir un exemple.

Au dire de certains auteurs, l'infiltration des extrémités inférieures, dès le troisième ou quatrième mois, serait un signe de grossesse multiple. Mais elle peut se rattacher à la constitution ou au genre de vie de la mère. Une femme lymphatique, vivant dans la misère, et obligée de travailler péniblement pendant tout le cours de sa grossesse, y sera plus disposée qu'une autre du même tempérament, à laquelle sa fortune permettrait de prendre le repos et toutes les précautions nécessaires.

Les mouvemens que la femme perçoit doivent avoir, assure-t-on, un caractère particulier dans les grossesses multiples. Nous pensons qu'il en est réellement ainsi; mais cette spécialité de caractère ne pourrait être appréciée que par une femme déjà mère de plusieurs enfans, et par conséquent apte à comparer ses sensations actuelles avec celles d'une grossesse précédente. Encore même alors ne faudrait-il pas toujours se fier à son dire, parce que les mouvemens du fœtus présentent des variations infinies dont il ne lui est pas possible de se rendre compte. Néanmoins, quand l'utérus renferme plusieurs fœtus, les mouvements de ceux-ci se font quelquefois sentir en même temps sur des points éloignés, au lieu de n'être sensibles que d'un seul côté du ventre, comme il arrive d'ordinaire dans les grossesses communes.

Tous les signes susceptibles de s'offrir durant la grossesse ont donc peu de valeur; ce qu'on doit peu regretter, au reste, puisqu'il est assez indifférent, pen-

dant le cours de cette dernière, de savoir si elle est constituée par un seul fœtus ou par plusieurs. Mais, au terme de l'accouchement, la chose devient plus importante, à cause de la délivrance; heureusement qu'à cette époque les signes n'ont plus le même caractère équivoque.

D'abord, les contractions utérines sont plus lentes à s'établir, plus éloignées les unes des autres et moins énergiques que dans les grossesses simples, ce qui tient à l'énorme distension des parois du viscère, et au peu de retrait que ses fibres sont susceptibles de prendre. Mais, aussitôt que l'une des poches est venue à se rompre, une dépression marquée s'établit entre l'œuf dont les membranes ont conservé leur intégrité, et celui dont les eaux se sont écoulées; la portion de l'utérus qui correspond à ce dernier se contracte avec plus de force que l'autre. Cette inégalité des contractions de l'organe est aussi l'une des causes auxquelles doit être attribué le ralentissement du travail dans les grossesses multiples.

C'est surtout après l'expulsion d'un premier enfant qu'on doit chercher à acquérir toute certitude quant à la question de savoir si l'utérus s'est complétement débarrassé ou non. Dans ce dernier cas, le viscère diminue bien de volume, mais il en conserve un supérieur à celui qu'il devrait avoir si la grossesse était simple. En palpant l'hypogastre, on s'aperçoit que son fond dépasse encore la région ombilicale, et l'on continue quelquefois d'y percevoir des mouvemens. En explorant par le vagin, le doigt rencontre une nouvelle poche qui se forme; ou, si celle-ci est déjà rompue, il sent la tête ou l'un des membres du second fœtus.

L'époque à laquelle le travail s'établit est un assez bon moyen de reconnaître certaines grossesses multiples. L'expérience a prouvé, en effet, que ces dernières atteignent rarement le terme fixé à la gestation, c'est-à-dire la période de deux cent soixante-dix jours révolus. C'est, la plupart du temps, du septième au huitième mois que l'expulsion a lieu. Cependant il ne faut pas regarder cette règle comme générale, attendu qu'elle souffre des exceptions.

La nature se suffit quelquefois à elle-même pour terminer l'accouchement dans les grossesses multiples. Pour qu'elle puisse se passer de secours, il faut que les deux fœtus soient bien situés, et que tous deux se présentent par la tête. Or, nous avons vu que cette disposition n'est pas constante à beaucoup près. Il faut de plus que leur volume n'égale point celui d'un enfant unique ordinaire, car alors la mère, épuisée par un premier accouchement, n'aurait point assez de force pour suffire à un second : or, nous avons rencontré des jumeaux dont chacun pesait cinq ou six livres. On est alors obligé d'aider à l'expulsion d'un des deux, ou au moins du second, et de recourir au forceps. La version peut cependant suffire quelquefois. Il y a même des circonstances où celle-ci n'est point indispensable. Par exemple, si l'un des fœtus se présentait par la tête et l'autre par les pieds, et qu'on arrivât à temps, on devrait soutenir les pieds de celui-ci, pendant que la tête de l'autre s'engagerait ; si l'expulsion naturelle n'avait pas lieu, on appliquerait le forceps, puis on déterminerait la sortie du second fœtus, en tirant sur ses pieds; ou bien, si les pieds de l'un étaient suffisamment engagés, on introduirait deux doigts dans le

vagin, on refoulerait la tête de l'autre, et on la maintiendrait au-dessus du détroit abdominal, tandis qu'on dégagerait celui dont les pieds seraient déjà descendus dans l'excavation pelvienne. Cependant, cette pratique n'est poit exempte de quelques inconvéniens. Il peut se faire qu'on parvienne aisément à dégager le tronc du premier enfant, mais que, quand il est arrivé hors des parties externes de la génération, la tête du second s'engage dans l'excavation du bassin, au-dessus de la poitrine du premier, dont elle ralentirait la sortie. A la vérité, il faudrait, pour que cet événement eût lieu, que les fœtus eussent un volume bien supérieur à celui qu'ils présentent d'ordinaire dans les grossesses multiples. On serait alors obligé de confier le premier enfant à un aide, qui le tiendrait renversé sur le ventre de la mère; puis on passerait le forceps entre lui et le bassin, on saisirait la tête du second enfant, on en ferait l'extraction, puis on dégagerait les deux, en faisant sortir le premier celui qui dans l'ordre n'aurait dû naître que le second.

Quand un premier enfant est expulsé du sein de sa mère, il ne faut pas trop se hâter de délivrer la femme de l'autre, dans la crainte que l'utérus, passant brusquement de l'état de plénitude à celui de vacuité, ne vienne à être frappé d'inertie, ce qui pourrait, comme nous l'avons fait voir ailleurs, donner lieu à une hémorrhagie ou à d'autres accidens, tels qu'un renversement de l'organe, etc. Mais on ne doit pas non plus attendre trois, quatre, huit, quinze jours, et même plus. Cette temporisation, comme le dit très bien Baudelocque, ne saurait jamais être excusable aux yeux des gens instruits; car si, sous prétexte que le second enfant n'est

point arrivé à son degré de maturité, on le laisse séjourner dans l'utérus, de graves inconvéniens peuvent en résulter pour la mère. Quelques praticiens ont agi ainsi, il est vrai, mais parce qu'ils avaient commis l'impardonnable erreur de méconnaître l'existence d'un second fœtus. Lors donc qu'on a attendu une demi-heure ou une heure, si l'on sent que l'utérus ne revient pas sur lui-même, on doit être certain, à moins d'une hémorrhagie qui soit venue distendre l'organe, qu'il renferme un autre enfant, à l'extraction duquel il faut procéder.

Toutes les fois qu'on est obligé d'opérer la version dans les grossesses multiples, il est de la plus haute importance de s'assurer que les pieds sur lesquels on va exercer des tractions appartiennent au même fœtus; car il pourrait arriver qu'on eût saisi le pied droit de l'un et le pied gauche de l'autre, cas dans lequel les efforts amèneraient à la fois les deux troncs, ce qui mettrait dans l'impossibilité de terminer l'accouchement. On évite de commettre cette erreur en suivant la partie externe des membres avec la main, jusqu'à ce qu'on soit arrivé aux fesses ou aux organes de la génération.

CHAPITRE IV.

DES RUPTURES DE L'UTÉRUS.

On entend par rupture de l'utérus une déchirure plus ou moins profonde d'un point quelconque du viscère, qui permet qu'une partie ou la totalité, soit du fœtus seulement, soit de l'œuf lui-même, passe dans la cavité abdominale.

Cet accident, le plus formidable de tous ceux qui peuvent survenir pendant le cours de la grossesse ou

du travail de l'accouchement, reconnaît deux ordres de causes, les unes prédisposantes et les autres déterminantes.

Parmi les causes prédisposantes, on doit placer au premier rang tous les obstacles qui, au moment de l'accouchement, s'opposent à la progression du fœtus, et obligent l'organe utérin à des contractions énergiques et prolongées, comme les rétrécissemens du bassin, les obliquités considérables de l'utérus, les tumeurs squirrheuses, fibreuses ou autres, la dureté cartilagineuse et l'oblitération de son col, l'occlusion de la vulve et du vagin, les positions vicieuses et certaines monstruosités du fœtus. Une autre catégorie de causes prédisposantes renferme l'affaiblissement des parois utérines, soit qu'il tienne à des coups, à des chutes, à des violences extérieures, qui ont occasionné la meurtrissure, l'inflammation, le ramollissement, l'ulcération d'un des points de l'organe, soit qu'il dépende de fréquentes grossesses, répétées à de courts intervalles. Une troisième, enfin, embrasse les mauvaises attitudes que la femme prend dans les efforts qu'elle fait pour accoucher, la direction vicieuse qu'elle imprime à ces efforts, les mouvemens brusques et désordonnés auxquels elle se livre en renversant ses épaules en arrière et faisant bomber son ventre, l'éternuement, les quintes de toux, le vomissement, les accès de colère, les convulsions. En un mot, il faut ranger parmi les causes prédisposantes, d'un côté les circonstances capables d'amener un affaiblissement partiel des parois utérines, de l'autre toutes celles qui font que le viscère rencontre, dans ses contractions, une résistance supérieure à celle qu'il a le pouvoir de vaincre.

Quant à la cause déterminante, la plupart des anciens auteurs l'attribuaient aux mouvemens violens du fœtus; mais il est permis de croire que, sous ce rapport, on a pris l'effet pour la cause, et que les mouvemens sentis par la femme, au moment où la rupture s'opère, ne sont exécutés par le fœtus que quand il passe dans la cavité abdominale. Ce qui semble le prouver, c'est que la sensation vive et particulière dont on rapporte la source à l'action de ces mouvemens sur les parois utérines, se manifeste tout aussi bien quand le fœtus est mort que lorsqu'il jouit de la vie. La vraie cause efficiente de la rupture doit donc être cherchée ailleurs. Durant la grossesse, il ne peut guère y en avoir d'autre qu'une compression exercée sur l'utérus, soit médiatement, comme il arriverait chez une femme enceinte serrée entre un mur et une voiture qui recule; soit immédiatement, par la contraction brusque des muscles abdominaux. Dans ces deux circonstances, en effet, l'utérus, refoulé vers la colonne vertébrale, qui ne cède point, et maintenu par la paroi antérieure du ventre, que sa contraction convertit en un plan presque solide, doit céder et se rompre sur les côtés, où il n'est point soutenu. Pendant le travail de l'accouchement, à l'action des muscles qui reconnaissent l'empire de la volonté, se joint aussi celle de l'utérus lui-même. Si l'enfant devient quelquefois l'instrument de la déchirure, il ne se comporte jamais en cela d'une manière active, et, comme le fait remarquer Baudelocque, son influence ne diffère point de celle qu'exercerait un corps inerte quelconque, solide, à surface anguleuse, sur lequel l'utérus se contracterait fortement. A l'égard de la force néces-

saire pour produire la rupture, elle n'a pas toujours besoin d'être très considérable, et il suffit, dans chaque cas donné, qu'elle soit supérieure à la résistance qu'oppose le point prédisposé à se déchirer ; car, à moins d'une violence extérieure, on ne conçoit l'accident qu'autant qu'il existe déjà quelques unes des prédispositions dont nous venons de parler.

La rupture de l'utérus résulte quelquefois de la manière dont l'accouchement se termine. Nous avons vu, en effet, que quand le liquide amniotique s'est écoulé depuis long-temps, il devient très difficile, ou même impossible, de pratiquer la version, si des contractions énergiques du viscère en accollent étroitement les parois au corps de l'enfant. L'introduction, même méthodique, de la main, peut alors en déterminer la déchirure; mais le plus souvent, dans cette circonstance, l'accident tient à des violences exercées, soit pour aller chercher les pieds, soit pour appliquer le forceps.

On a prétendu qu'il existait des signes propres à faire pressentir que l'utérus était menacé de rupture. On a dit que la femme offrait alors une saillie et une tension considérables du ventre, qu'elle éprouvait des douleurs fortes et presque continues, qu'elle ressentait des contractions brusques, irrégulières, et pour ainsi dire convulsives, de l'organe utérin. Ces phénomènes n'ont aucune valeur comme signes; car on a vu la rupture s'opérer sans qu'aucun d'eux la précédât, et ne point avoir lieu dans d'autres circonstances où leur réunion aurait pu donner à penser qu'elle était inévitable. Ce n'est qu'au moment même où la déchirure s'effectue qu'on peut en avoir connaissance. Elle s'accompagne d'une espèce de craquement appréciable

pour la femme, et dont le bruit est, dit-on, assez fort quelquefois pour être entendu des assistans. La malade ressent en même temps une douleur subite, vive et poignante, qui lui arrache un cri perçant, et elle se plaint de la chute d'un corps lourd dans l'abdomen. Elle pâlit, son pouls faiblit, elle tombe en défaillance, il lui survient des sueurs froides, des nausées, des vomissemens. Une douce chaleur, semblable à celle qui résulterait de l'épanchement d'un liquide chaud, se répand dans la cavité abdominale, et des mouvemens ou un poids incommode se font sentir dans un point où rien de semblable n'était perçu auparavant. En appliquant la main sur le ventre, on reconnaît que ses parois sont affaissées, souples et dépressibles, qu'il a perdu sa forme sphérique, qu'il présente des bosselures, des inégalités en rapport avec les reliefs du corps de l'enfant, dont les mouvemens, s'il est encore vivant, ont un caractère inaccoutumé d'agitation pour ainsi dire convulsive, mais cessent bientôt, et font place à une immobilité absolue. Le globe utérin est considérablement réduit de volume et parfois refoulé hors de la ligne médiane. Si l'accident est survenu pendant le travail, les douleurs, jusqu'alors fortes et énergiques, se suspendent tout-à-coup. Quand il précède l'ouverture de la poche des eaux, celle-ci devient molle et flasque, bien qu'il ne se soit pas écoulé de liquide au-dehors; l'orifice du col se resserre, et la partie du fœtus que le doigt avait senti jusque là cesse d'être accessible au toucher.

Nous venons de supposer que le fœtus entier était tombé dans la cavité abdominale à travers la solution de continuité; mais ce cas n'arrive pas toujours; il peut

se faire qu'une partie seulement de l'enfant, sa tête ou son corps, passe dans le ventre, le reste continuant à être renfermé dans l'utérus, ou que l'œuf, demeuré intact, bouche plus ou moins complétement la crevasse, ou enfin que la déchirure ne se soit pas étendue jusqu'à l'enveloppe de l'utérus, et qu'alors il ne s'échappe rien du contenu de ce dernier dans la poche périnéale. On comprend que toutes ces circonstances doivent influer beaucoup sur le diagnostic, qu'on soit quelquefois réduit à la seule ressource des phénomènes généraux, et que parfois même, quand des accidens consécutifs et des lésions viennent à se manifester, on ne sache à quoi positivement les attribuer.

Les ruptures de l'utérus sont toujours excessivement graves. Dans la majeure partie des cas, la mère et l'enfant périssent; la première succombe généralement à l'hémorrhagie et à la violente secousse qu'éprouve son économie tout entière; les syncopes se succèdent à de courts intervalles, et bientôt il survient des mouvemens convulsifs, signes précurseurs de la mort. Mais si l'on ne possède aucun exemple d'enfant qui ait survécu, on en connaît plusieurs de femmes dont la nature est parvenue à préserver l'existence en déterminant la formation d'un kyste qui isolait le fœtus des viscères abdominaux, c'est-à-dire par un travail analogue à celui qui a lieu dans les grossesses extra-utérines. Malheureusement ce cas est trop rare pour qu'on puisse jamais l'espérer.

Tous les points de l'utérus sont susceptibles de se déchirer; il n'en est aucun dont on puisse dire que cet accident y arrive plus particulièrement qu'ailleurs. On a beaucoup parlé de ruptures du fond et des par-

ties latérales de l'organe; ce qui nous paraît avéré, c'est qu'on a souvent rapporté à l'utérus ce qui n'était en réalité que des déchirures du cul-de-sac du vagin. L'expérience nous a convaincu que ces dernières sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne le pense. Plusieurs fois nous avons été appelé pour des cas où l'enfant s'était introduit dans la cavité abdominale, et toujours la facilité avec laquelle nous parvenions à porter la main dans le ventre, nous a démontré qu'il ne s'agissait que d'une rupture de la partie supérieure et postérieure du vagin. On conçoit, en effet, combien cet accident doit être commun, quand on considère que, dans les accouchemens à la terminaison desquels s'oppose un rétrécissement du bassin, ou toute autre cause, les contractions utérines, en s'exerçant avec vigueur sur la tête de l'enfant, réagissent sur la paroi postérieure du vagin, qui est très mince. Cependant, même alors, c'est presque toujours à de fausses manœuvres que la rupture doit être attribuée. On apporta un jour à l'Hôtel-Dieu une femme dans l'abdomen de laquelle l'enfant était passé après plusieurs tentatives inutiles de version et d'application du forceps. Dupuytren, d'abord tenté de pratiquer la gastrotomie, prit enfin le parti d'aller chercher les pieds, et parvint à faire l'extraction du fœtus. Il croyait à une rupture de l'utérus; mais l'autopsie de la femme, morte au bout de vingt-quatre heures, démontra qu'il y avait seulement déchirure du cul-de-sac du vagin. Appelé pour assister une femme en travail depuis vingt-quatre heures, nous la trouvâmes dans un état effrayant, le ventre météorisé, le pouls fréquent, la respiration précipitée; on avait brisé les fémurs de l'enfant, dont

l'extraction était rendue impossible, nous dit-on, par l'engagement du cordon ombilical entre les cuisses. Après avoir reconnu que ce prétendu cordon n'était qu'une anse d'intestin grêle, nous procédâmes de suite à la délivrance, qui fut bientôt suivie de la mort. Il est probable qu'en appliquant le forceps, on avait rompu le cul-de-sac du vagin, que le fœtus était passé en partie ou en totalité dans l'abdomen, et qu'en allant chercher les pieds, on avait laissé une anse d'intestin s'engager entre les membres pelviens. Peu de temps après, un cas analogue s'offrit à nous : la version et l'application du forceps avaient également été tentées sans succès; en pratiquant le toucher, nous ne sentîmes pas l'enfant, bien qu'on nous eût dit que sa tête se présentait en première position : l'orifice de l'utérus était revenu sur lui-même, le col affaissé, le ventre aplati; on sentait le globe utérin logé derrière les pubis, et des inégalités dues aux parties du corps de l'enfant. Ne doutant pas que celui-ci ne fût passé dans l'abdomen, nous allâmes chercher ses pieds, et l'amenâmes sans peine; il était mort, et la mère succomba trente ou quarante heures après.

Nous pourrions citer, soit d'après notre propre pratique, soit d'après les auteurs, beaucoup d'autres faits de ce genre, qui prouvent que, dans la plupart des cas, on a pris la rupture du cul-de-sac du vagin pour celle de l'utérus. Ce qui porte à le croire, c'est la facilité avec laquelle on termine l'accouchement, facilité qui ne se rencontrerait pas si le passage de l'enfant dans le ventre avait eu lieu à travers une déchirure de l'utérus, parce que le retrait de l'organe mettrait obstacle à cette terminaison, tandis qu'en vertu de sa mol-

lesse, le vagin ne peut faire naître de semblables difficultés. Nous ne prétendons cependant pas nier la possibilité des ruptures de l'utérus; il peut arriver qu'après que l'accident a eu lieu, l'organe demeure frappé d'inertie, la femme étant épuisée par les violens efforts auxquels elle s'est livrée, et qu'alors on parvienne à aller chercher le fœtus dans l'abdomen à travers la crevasse des parois utérines; mais même en pareil cas les difficultés seront beaucoup plus grandes que dans celui d'une déchirure du vagin.

Les femmes sont exposées, après la rupture de l'utérus, à toutes les conséquences qui peuvent résulter de l'hémorrhagie et de l'inflammation; mais, parmi les accidens susceptibles de se développer ici, il en est un tout particulier, le passage d'une portion d'intestin à travers la crevasse, et son étranglement par la rétraction de l'organe. La mort serait l'inévitable résultat d'une pareille hernie, si l'on venait à la méconnaître, comme elle le fut dans un cas dont les détails ont été rapportés par Percy: aussi, quand on a le soupçon d'une rupture de l'utérus, quoique le fœtus n'ait point passé dans la cavité périnéale, doit-on, immédiatement après la délivrance, introduire la main dans l'organe; si alors on y découvrait quelque anse d'intestin, on la repousserait, et on maintiendrait la main en place jusqu'à ce que, par l'effet de la rétraction, la déchirure eût assez diminué d'étendue pour empêcher la reproduction de la hernie.

Les indications à remplir dans les ruptures de l'utérus varient selon les circonstances. Si l'on pouvait prévoir le moment où elles doivent avoir lieu, il y aurait moyen de les prévenir, soit par la version ou l'applica-

tion du forceps, soit par l'opération césarienne, dans le cas où l'obstacle à l'accouchement par les voies naturelles serait insurmontable. Mais on n'est averti de l'accident que quand il a eu lieu.

Si l'enfant était demeuré dans l'utérus, il faudrait terminer l'accouchement par les voies naturelles, au moyen de la version ou du forceps; dans le cas seulement où l'état, soit des parties molles, soit du bassin, y mettrait un obstacle invincible, on aurait recours à l'opération césarienne ou à la céphalotomie, suivant que le fœtus serait vivant ou mort.

S'il n'y avait qu'une partie de l'enfant qui fût engagée dans l'abdomen à travers la déchirure, l'autre demeurant renfermée dans l'utérus, la conduite à tenir serait la même; on devrait encore chercher à extraire le fœtus par les voies naturelles en agissant sur la partie qui serait restée dans l'utérus, ou qui se serait déjà engagée soit dans le col, soit dans le vagin, à moins toutefois que, cette partie étant trop éloignée, ou ne présentant pas assez de prise aux instrumens, il fallût aller chercher les pieds, même à travers la crevasse.

Si l'enfant était tombé tout entier dans la cavité abdominale, les indications à remplir ne seraient plus aussi précises. Les uns pensent qu'il serait plus prudent d'ouvrir une route artificielle au fœtus que de chercher à le ramener par les voies naturelles; d'autres, au contraire, accordent la préférence à cette dernière méthode, qui consiste à aller chercher les pieds jusque dans le ventre de la mère, à les ramener dans l'utérus, puis dans le vagin, et à réintroduire de nouveau la main pour extraire le délivre. Nous avons eu

recours plusieurs fois à cette méthode : le peu de succès dont elle a été couronnée dans les divers cas où on l'a employée, semble légitimer la hardiesse des praticiens qui veulent qu'on se décide à ouvrir les parois abdominales.

Mais quand devrait-on pratiquer la gastrotomie? On peut admettre à cet égard un temps d'élection et un temps de nécessité. Le moment d'élection pourrait arriver si l'on avait la presque certitude de voir l'utérus se rompre: alors on prendrait ses précautions pour pratiquer l'opération dès que les accidens se manifesteraient; il faudrait se trouver auprès de la femme à l'instant où la rupture aurait lieu, et faire une incision sur l'un ou l'autre côté du ventre. Un certain nombre d'exemples attestent que cette opération a réussi, qu'elle a sauvé plusieurs femmes, et que même quelques enfans ont été amenés vivans. Dans tous les cas, la marche à suivre, le pansement et le régime seraient les mêmes que dans l'opération césarienne.

SECTION III.

DE LA DÉLIVRANCE.

La délivrance est l'expulsion des annexes du fœtus, c'est-à-dire de tous les organes temporaires qui sont indispensables à ce dernier pendant le cours de la vie intra-utérine, et dont il se sépare au moment de sa naissance. Ainsi, elle comprend la sortie du placenta, des différentes membranes et du cordon ombilical. L'ensemble de toutes ces parties constitue une masse à laquelle on donne les noms d'*arrière-faix*, *délivre* ou *secondines*.

Dans le monde, on pense généralement que l'intervention de l'accoucheur est indispensable pour opérer la délivrance. Cette opinion repose sur celle, autrefois accréditée, qui faisait considérer le fœtus comme l'unique agent de sa venue au monde. En partant de ce faux principe, on disait que l'enfant peut bien naître seul, parce qu'il a l'énergie nécessaire pour rompre les entraves qui le retiennent, mais que le délivre, dépourvu de vie et d'action, resterait indéfiniment dans l'utérus, si une main secourable ne venait l'en extraire; c'est là une erreur qu'on doit combattre. Il en est de la délivrance comme de l'accouchement : l'expulsion de l'arrière-faix s'accomplit de la même manière et par les mêmes moyens que celle du fœtus; on peut donc voir en elle un sorte d'accouchement en petit, ou plutôt le complément de l'accouchement. Comme celui-ci, tantôt elle peut être confiée aux seuls efforts de la nature,

et tantôt elle exige que l'art intervienne. Pour bien déterminer ces deux cas, il est nécessaire d'étudier les phénomènes qui surviennent dans la délivrance naturelle.

CHAPITRE PREMIER.

DE LA DÉLIVRANCE NATURELLE.

Les phénomènes de la délivrance naturelle forment deux séries, comprenant, l'une, ceux qui ont lieu quand le placenta se sépare de la face interne de l'utérus, et l'autre ceux qu'on observe pendant son expulsion.

La séparation du placenta s'effectue rarement d'une manière complète lors de l'issue du fœtus. D'ordinaire, quand l'enfant est arrivé hors du corps de sa mère, un moment de calme succède aux mouvemens tumultueux qui viennent de s'accomplir, et la femme éprouve un bien-être indicible en passant de ses cruelles souffrances au repos. Mais, au bout de quelque temps, elle est reprise de douleurs analogues à celles qui ont accompagné l'expulsion du fœtus, quoique moins vives. Ces douleurs marquent le moment où la nature travaille à la séparation du placenta et à son élimination. Les phénomènes varient suivant la manière dont cette séparation s'opère.

Quand le placenta est inséré au fond de l'utérus, il se décolle du centre vers la circonférence. La partie centrale de cette masse, qui est la plus épaisse, et qui, par cela même, ne peut se prêter à la rétraction des parois utérines, se détache de la face interne du viscère, entre laquelle il s'établit ainsi un vide et où s'accumule une quantité de sang plus ou moins considé-

rable. Peu à peu le placenta se décolle dans tous les points de son étendue, et il tombe sur le col utérin, affectant la forme d'un gâteau, dont la face accessible au doigt est convexe et libre. Ici la femme ne perd point de sang : ce n'est qu'après l'issue de l'arrière-faix qu'il s'en écoule.

Si le placenta a ses insertions sur les parties latérales de l'utérus, il peut commencer à se décoller par son bord supérieur ou par son bord inférieur.

Dans le premier cas, la masse placentaire se renverse sur elle-même et se plie en double ; mais alors les membranes se décollent aussi ; elles viennent saillir à travers le col, constituant un cul-de-sac dans lequel s'amasse une certaine quantité de sang coagulé ou liquide. Cette poche a pu faire croire quelquefois à l'existence d'un second fœtus, jusqu'à ce que l'écoulement déterminé par sa rupture vînt mettre un terme à l'erreur momentanée. Ici encore, quand on abandonne les choses à elles-mêmes, la poche continue de grossir, et la femme ne perd son sang qu'après la séparation complète de l'arrière-faix.

Dans le second cas, le placenta demeure suspendu à la paroi utérine jusqu'à ce qu'il soit décollé en totalité, et pendant tout ce temps, il y a une perte de sang plus ou moins abondante. Comme, ordinairement, le placenta se replie sur lui-même, et s'engage dans l'orifice, roulé à la manière d'un cornet d'oublie, si on l'explore avec le doigt, on distingue, non plus une surface lisse, mais une surface rugueuse, à cause des inégalités dont est semée la face utérine du placenta, celle qui alors se présente au toucher.

Irrité par la présence de la masse qui vient de tomber

sur lui, le col utérin réagit sur le corps de l'organe, qui se contracte; le col s'entr'ouvre, et laisse passer le placenta dans le vagin, la pression que cette masse exerce sur l'intestin rectum sollicite la femme à faire des efforts dont le résultat est de l'expulser.

Voilà comment les choses se passent communément. Mais, même dans ces cas simples, il y a souvent nécessité que l'art intervienne : seulement on doit agir avec prudence et en temps opportun. Il ne faut pas tirer sur le cordon avant le décollement complet des annexes du fœtus; négliger cette précaution serait s'exposer à abaisser l'utérus, à en déterminer la descente, ou à rompre le cordon, et à laisser le placenta dans les organes de la mère, en totalité ou en partie.

Le moment d'intervenir est celui où des tranchées se manifestent, et où, en portant la main sur l'hypogastre, on sent que l'utérus, revenu sur lui-même, a presque entièrement disparu derrière les pubis, que le col est béant, et que la masse placentaire s'y trouve engagée. On enveloppe alors le cordon d'un linge sec, pour empêcher qu'il ne glisse, puis on le tire suivant l'axe du détroit abdominal. Quelques personnes conseillent de porter trois doigts de la main gauche dans l'intérieur du bassin, jusqu'à l'orifice de l'utérus, pour s'en servir comme d'une poulie de renvoi sur laquelle on fait cheminer le cordon, après l'avoir fortement repoussé en arrière. Cette manœuvre n'est pas mauvaise; mais elle a l'inconvénient d'enlever à l'accoucheur la faculté d'exercer sur l'hypogastre des frictions, qui sont fort utiles pour solliciter les contractions utérines. Une fois le placenta descendu dans le vagin, il suffit que la

femme soulève un peu le siége pour qu'il sorte avec facilité.

Mais le placenta peut être arrivé au-dehors sans que pour cela la délivance soit complète. Quelquefois, en effet, une partie seulement des membranes s'est détachée, le reste conservant des adhérences plus ou moins intimes avec l'utérus. Si alors on tirait directement dessus, on s'exposerait à déchirer cette portion, qui, demeurant dans l'organe, pourrait devenir la cause d'une hémorrhagie, ou provoquer, par sa décomposition, tous les accidens qui naissent de la présence d'un corps en putréfaction. Il importe donc de déliver complétement la femme. Pour y parvenir, dès que le placenta est sorti de l'utérus, et arrivé dans le vagin, on porte la main qui frictionnait l'hypogastre ou qui arcboutait le cordon, vers la commissure postérieure de la vulve, pour le recevoir, puis on le saisit de l'autre main, et on le roule cinq ou six fois sur lui-même, en tirant légèrement à soi, afin d'achever le décollement des membranes et d'en former un cordon solide, ce qui, augmentant leur résistance, fait qu'elles ne courent plus risque de se déchirer. Il n'y a qu'une circonstance dans laquelle cette manœuvre serait insuffisante; nous voulons parler du cas où, le placenta étant implanté dans le voisinage du col de l'utérus, les membranes se seraient déchirées à son bord : le rouler sur lui-même pourrait alors ne pas suffire pour rassembler les membranes sous forme de cordon, et il faudrait, après la sortie de la masse placentaire, aller saisir ces dernières, puis les rouler séparément, comme il convient de faire afin de n'en rien laisser.

CHAPITRE II.

DES CIRCONSTANCES QUI PEUVENT RETARDER LA DÉLIVRANCE OU LA RENDRE ARTIFICIELLE.

Diverses circonstances peuvent retarder la délivrance, ou parfois mettre dans la nécessité de l'effectuer artificiellement.

Parmi celles dont l'effet ordinaire se borne à la retarder, nous rangeons l'inertie de l'utérus, les contractions spasmodiques de son col, l'arrachement du cordon, le volume trop considérable du placenta, son chatonnement, enfin son adhérence trop forte, vicieuse ou contre nature, comme on dit vulgairement.

Les circonstances plus graves qui ne permettent pas de temporiser, et qui exigent impérieusement la délivrance artificielle, sont les hémorrhagies, les convulsions et les syncopes survenues dans les derniers temps du travail ou après l'expulsion du fœtus. De ces trois accidens, le premier sera le seul sur lequel nous nous arrêterons ici, les deux autres ayant été suffisamment examinés dans les chapitres précédens.

1° Inertie de l'utérus.

L'inertie de l'utérus peut être accompagnée ou non d'une hémorrhagie dépendante du décollement partiel du placenta.

Le premier de ces deux cas exige une délivrance pour ainsi dire instantanée; il faut se hâter d'agir, parce que la perte de sang pourrait jeter la femme dans un état de faiblesse qui lui devînt rapidement funeste. Ici, c'est l'hémorrhagie seule qui fixera l'at-

tention, et l'on doit tout faire pour l'arrêter avec autant de promptitude que possible.

Lorsqu'au contraire l'inertie de l'utérus ne coïncide point avec une hémorrhagie, et qu'elle dépend de la constitution débile, lymphatique, de la femme, des privations que celle-ci a souffertes pendant les derniers temps de sa grossesse, de l'épuisement qui a été déterminé par un travail trop prolongé, ou de la stupeur dans laquelle l'utérus est tombé après avoir été débarrassé trop brusquement du produit de la conception, loin de hâter la délivrance, il faut la retarder, et attendre tout le temps nécessaire pour que l'organe recouvre sa faculté contractile, pour qu'il reprenne l'énergie sans laquelle il ne saurait maintenir le resserrement et le rapprochement de ses parois. Si alors on s'empressait d'exercer des tractions sur le cordon, on décollerait trop promptement le placenta, dont les communications vasculaires avec la mère demeureraient béantes, et pourraient donner lieu à une hémorrhagie foudroyante. D'ailleurs, il pourrait se faire aussi que les adhérences fussent encore assez fortes pour que les tractions occasionnassent le renversement de l'utérus. On doit donc, en pareil cas, s'attacher à découvrir les causes qui ont amené l'inertie, et les combattre dès qu'on les a reconnues. Ordinairement, du repos, un peu de sommeil, une petite quantité de bouillon, ou quelques cuillerées d'un vin généreux, suffisent pour ranimer les forces de la femme, réveiller la contractilité de l'utérus, et faire cesser l'état d'atonie dans lequel il était plongé.

Pendant tout le temps que l'utérus ne revient pas sur lui-même, les rapports vasculaires qui existent

entre lui et le placenta demeurent intacts, et la circulation s'accomplit, dans les vaisseaux utéro-placentaires, à peu près de la même manière qu'avant l'expulsion du fœtus. Il y aurait donc lieu de craindre que le sang ne s'échappât par le cordon. Mais cette hémorrhagie, dont la théorie indique la possibilité, n'est point confirmée par la pratique. Rien de plus rare qu'un écoulement de sang par la veine ombilicale; nous ne l'avons jamais observé, mais il a été vu par Baudelocque, et c'en est assez pour suivre le conseil donné par cet habile praticien, de placer une ligature à l'extrémité du cordon. Quand bien même cette précaution serait inutile, il n'en saurait jamais résulter aucun inconvénient.

Une question importante est celle du temps qu'il faut attendre avant de procéder à la délivrance artificielle. Quelques auteurs veulent qu'on laisse écouler quatre, cinq, six heures, ou même plusieurs jours. Une telle conduite ne vaut rien; il peut en résulter, ou des accidens pour la femme, dont une hémorrhagie lente, mais continuelle, épuise complétement les forces, ou de grandes difficultés pour l'accoucheur, à cause du resserrement qu'éprouve le col de l'utérus. L'expérience nous a convaincu que deux heures suffisent à la nature pour faire sortir l'organe de son état de stupeur; si, après ce laps de temps, les moyens stimulans dont nous venons de donner l'énumération n'ont pas rappelé les contractions, nous n'hésitons point à opérer sans délai la délivrance artificielle.

2° Contractions spasmodiques de l'utérus.

Elles peuvent avoir leur siége, soit dans le corps de l'organe, soit à l'orifice interne du col, le corps res-

tant dans l'atonie, momentanément ou d'une manière complète. Dans le premier cas, il suffit de laisser la femme en repos pour que les fibres reviennent à leur état naturel. Le second s'observe surtout quand, l'écoulement des eaux ayant précédé de long-temps la sortie du fœtus, la partie inférieure du col s'est trouvée distendue par la tête, tandis que l'orifice interne s'est resserré. Il faut alors, en faisant de douces frictions sur l'hypogastre, chercher à réveiller l'action des fibres du corps de l'utérus, qui, revenant sur elles-mêmes, agissent sur celles du col, forcent celui-ci à se dilater, et ouvrent un libre passage au placenta. Quelquefois cependant la dilatation du col ne s'effectue pas aussi facilement, et l'on est obligé de venir en aide à la nature; pour cela, on introduit trois doigts dans l'orifice, et l'on cherche à l'agrandir, tout en pressant sur l'hypogastre et exerçant de légères tractions sur le cordon, s'il existe encore.

3° Arrachement du cordon.

La rupture du cordon est fréquemment le résultat de l'impéritie de l'accoucheur et des tractions sans mesure auxquelles il s'est livré. Elle peut aussi dépendre de la faiblesse originelle du cordon, de son peu de développement, ou de sa putréfaction, qui a lieu quand la femme est accouché ed'un enfant mort dans son sein depuis un certain laps de temps. Mais sa cause la plus fréquente est une anomalie de l'insertion du cordon, qui, au lieu d'aboutir au centre du placenta, communique avec les bords de cette masse par plusieurs prolongemens épanouis en manière de raquette ou de patte d'oie. Ces prolongemens ayant une longueur iné-

gale, les tractions, même modérées, qu'on exerce sur leur tige commune, ont pour effet de les rompre. Avec de l'habitude, on reconnaît assez facilement cet état de choses, car la déchirure du premier prolongement vasculaire fait entendre un craquement particulier, et donne à la main la sensation d'une résistance vaincue. Au reste, l'accident a peu de gravité pour l'homme véritablement instruit; car, dans la délivrance artificielle, le cordon ne joue guère que le rôle accessoire d'un aide, et le doigt est un guide plus sûr pour arriver au placenta.

4° Volume excessif du placenta.

L'excès de volume du placenta peut n'être qu'apparent. C'est ce qui arrive principalement lorsque cette masse, ayant perdu ses adhérences avec le fond de l'utérus, s'affaisse sur elle-même, et forme ainsi comme un cul-de-lampe, dans lequel s'amasse le sang qui cherche à s'écouler. Dans ce cas, il suffit de déprimer le placenta avec deux doigts pour obtenir qu'il s'engage à travers le col. Les choses ne se passent point de la même manière quand l'accroissement de volume de la masse placentaire tient à la présence simultanée de plusieurs fœtus. Dans les grossesses multiples, on ne doit jamais songer à délivrer la femme avant que tous les fœtus aient été expulsés : il n'y aurait d'exception à cette règle que si les divers placentas n'étaient point confondus ensemble, et pouvaient sortir isolément après l'issue de chaque enfant; mais alors l'intervention de l'art serait inutile, et la nature seule suffirait. Comme on ignore toujours, après la naissance du premier enfant, s'il existe ou non des communications vasculaires

entre lui et les autres, la prudence veut que, dès qu'il est sorti, on appose une ligature sur le cordon qui le retenait à la mère; car si des communications avaient lieu, et qu'on négligeât de prendre cette précaution, les autres fœtus pourraient périr d'hémorrhagie, accident funeste dont on connaît plus d'un exemple. Aussitôt que l'apparition des tranchées annonce l'issue prochaine du placenta, on réunit les cordons ensemble, et on les tire ensemble pour amener à l'orifice de l'utérus la masse à laquelle ils aboutissent; puis on en lâche un, et on n'exerce plus de tractions que sur l'autre, afin d'engager partiellement cette masse. En procédant ainsi, la délivrance ne présente pas plus de difficulté que dans les cas ordinaires.

5° Enchatonnement du placenta.

On dit le placenta chatonné ou enkysté lorsqu'il est renfermé dans une cellule qui, bien que faisant partie de la cavité de l'utérus, paraît quelquefois aussi distincte que celle du corps de ce viscère l'est de celle du col dans l'état naturel. Ce phénomène a été conçu de différentes manières par les auteurs. L'explication la moins admissible de toutes est celle de Peu, qui l'attribuait à un vice de conformation de l'utérus, divisant l'organe en deux cavités séparées. Suivant Levret, il tient à ce que le point de l'utérus qui correspond au placenta reste dans l'inertie pendant que les autres se resserrent avec plus ou moins de force. Plessman avait adopté cette théorie, mais en la modifiant un peu; il disait qu'après l'écoulement des eaux de l'amnios, les points de l'utérus qui se trouvent en contact avec le corps de l'enfant, étant plus fortement stimulés que

ceux dans lesquels a lieu l'insertion du placenta, reviennent plus promptement sur eux-mêmes, et forment ainsi une poche occupée par ce dernier. Simson n'invoquait que la simple tendance de l'organe à reprendre sa forme primitive, et, dans son opinion, cette tendance faisait que l'orifice interne produisait un étranglement au-dessus duquel le délivre se trouvait renfermé dans la cavité du corps, celle du col restant libre au-dessous.

La véritable cause de l'enchatonnement du placenta paraît être la disposition même des fibres de l'utérus. En effet, quand cet organe est distendu par le produit de la conception, il prend exactement la forme du corps contenu dans son intérieur, et tant que les membranes sont intactes, il demeure en quelque sorte collé sur la surface de l'œuf; mais, après la rupture de la poche, le vide survenu fait qu'il revient sur lui-même, et que ses fibres, en se resserrant d'une manière inégale, se moulent sur le corps du fœtus; la tête de celui-ci venant à s'engager dans la partie inférieure du col, son cou se trouve serré par la rétraction de l'orifice interne; puis, quand les contractions utérines ont triomphé de tous les obstacles et expulsé entièrement le fœtus, les fibres, revenant à leur plus grand degré de raccourcissement, produisent un étranglement qui divise l'utérus en deux parties, de manière à lui donner la forme d'une gourde; or, le placenta étant le plus ordinairement inséré vers le fond de l'organe, il doit rester logé dans la cavité supérieure, tandis que le cordon remplit l'orifice interne rétréci, au-dessous duquel existe une cavité plus ou moins spacieuse. Lorsque l'insertion du placenta a lieu vers le fond de l'utérus, ou dans le voisinage, son chatonnement est

complet ; il est incomplet, au contraire, quand la masse placentaire s'insère sur les parties latérales du corps de l'organe.

Leroux admettait une autre espèce de chatonnement, consistant en ce que le placenta se trouvait embrassé par les parois de l'utérus, à peu près comme un verre de montre l'est par sa châsse, c'est-à-dire que le chaton qui le retenait avait peu de profondeur, présentait une ouverture très large, et n'en recouvrait qu'une petite partie par son bord. Cette variété rentrerait dans l'explication que nous venons de donner ; il n'y aurait de différence que celle qui tiendrait au moins d'énergie des contractions du cercle inférieur de l'organe.

Levret a également parlé d'un chatonnement du placenta dans une cellule formée à la vérité aux dépens de la cavité utérine, mais néanmoins distincte de celle du corps et de celle du col du viscère, de sorte qu'en supposant l'orifice interne resserré comme dans le premier cas dont nous avons parlé, il y aurait alors trois cavités ou cellules, au lieu de deux. Ici la poche accidentelle était placée sur le côté. On l'a vue aussi se produire en avant et en arrière. Ce ne sont là que des nuances peu importantes, et dont le mécanisme ne diffère point essentiellement de celui qui préside à la formation des enkystemens les plus ordinaires, c'est-à-dire de ceux dans lesquels l'utérus acquiert la forme d'une calebasse.

Il faut se comporter, dans le cas de chatonnement du placenta, comme dans celui de contractions spasmodiques de l'utérus. S'il ne survient aucun accident, on attend ; le spasme finit par cesser, l'utérus reprend sa forme régulière, et la délivrance rentre dans les condi-

tions ordinaires, au bout d'une heure ou deux. Si l'anomalie persistait, on aurait recours aux opiacés, aux bains ; la saignée pourrait même devenir utile pour combattre des phénomènes généraux de pléthore. Mais s'il y avait une perte de sang assez abondante pour inspirer des inquiétudes, il faudrait opérer la dilatation du col et recourir à la délivrance artificielle.

6° Adhérences vicieuses du placenta.

De longues discussions ont eu lieu sur la question de savoir si les adhérences du placenta avec l'utérus pouvaient ou non être jamais assez fortes pour mettre obstacle à la délivrance. Suivant les uns, cette disposition ne se rencontre jamais; et suivant les autres elle est, au contraire, tres fréquente. Aucune de ces deux opinions n'est conforme à la vérité. Nier l'existence des adhérences contre nature du placenta serait aller contre les faits, et soutenir qu'elles sont communes, c'est également s'écarter de la ligne du vrai. Voici probablement quelle a été la source de l'erreur. Comme il est arrivé souvent que les tractions exercées sur le cordon, pour hâter la délivrance, sont demeurées infructueuses, et qu'elles n'ont abouti qu'à amener la rupture de ce même cordon, on a conclu de là qu'il y avait alors adhérence contre nature, tandis que, dans la plupart des cas, l'accident n'était que le résultat d'une mauvaise direction imprimée aux tractions. Mais les adhérences vicieuses, bien que plus rares qu'on ne l'a prétendu, se rencontrent quelquefois. Dans certains cas, elles proviennent du trop de consistance du tissu cellulaire compris entre le placenta et l'utérus; cette particularité s'observe surtout chez les femmes fortes, pléthoriques,

sanguines. Dans d'autres cas, elles sont dues à une incrustation des vaisseaux, analogue à celle qu'on voit chez beaucoup de vieillards, et qui a reçu le nom d'ossification des artères; nous en avons trouvé quelques exemples : chez une femme, entre autres, chaque fois que nous tentions de passer la main entre le placenta et l'utérus, nous entendions un craquement dû à la rupture des couches calcaires qui revêtaient les vaisseaux. On a prétendu que l'adhérence pouvait quelquefois se rattacher à un véritable état squirrheux du placenta ; nous avons long-temps douté que le placenta pût être atteint de dégénérescence squirrheuse ; mais la pratique nous a désabusé, en nous offrant un placenta sur lequel existait un squirrhe du volume d'un œuf, et que nous avons présenté à l'Académie de médecine.

Les opinions sont partagées à l'égard de la conduite qu'il convient de tenir en pareille occurrence.

Les anciens, craignant que les manœuvres exercées sur les organes de la femme ne donnassent lieu à des contusions, à des déchiremens, en un mot à des accidens plus ou moins redoutables, voulaient qu'on restât dans l'expectation. Ils assuraient que, même quand les efforts de la nature sont insuffisans pour déterminer l'expulsion du placenta, ce corps finit par être ou résorbé ou détruit par la putréfaction, et chassé en lambeaux avec les lochies. Quoique cette pratique ait été préconisée de nouveau par quelques modernes, nous la blâmons hautement, parce qu'elle expose les femmes à une série d'accidens très graves, et peut même les conduire à la mort. Personne n'est plus confiant que nous dans les ressources de la nature; mais nous croyons aussi que si la patience est une qualité nécessaire à l'accoucheur,

elle doit néanmoins avoir des bornes, et notre conviction intime est que le seul cas où il soit justifié de rester dans l'inaction, par rapport à la délivrance, est celui d'avortement, parce qu'alors l'introduction de la main dans l'utérus est impossible.

D'abord, pour ce qui concerne la résorption du placenta dans l'utérus, nous ne croyons pas qu'elle puisse jamais avoir lieu à la suite d'une grossesse qui a parcouru toutes ses phases. Les faits qu'on a cités, dans ces derniers temps encore, ne sont pas, suivant nous, de nature à entraîner la conviction d'un esprit exact et sévère. Tout au plus serait-il permis d'admettre cette résorption après l'avortement, dans un cas de grossesse très peu avancée, et encore, même sous ce point de vue, resterait-il à démontrer que l'expulsion des annexes du fœtus n'a point eu lieu d'une manière inaperçue.

Toutes les fois que le placenta reste dans l'utérus, des accidens de deux sortes, les uns primitifs et les autres secondaires, peuvent se manifester.

Les accidens primitifs tiennent à l'hémorrhagie. Il peut se faire qu'un décollement partiel du placenta ayant lieu, la femme perde une quantité de sang qui, sans être considérable, finisse cependant par la jeter à la longue dans un collapsus funeste; nous citerons à cette occasion le fait suivant. Une jeune dame, femme et belle-fille de médecins, accoucha fort heureusement d'un enfant bien portant: la délivrance ne se fit pas; mais comme il ne se manifesta point d'accidens, on ne vit aucun inconvénient à attendre, selon l'usage alors reçu; le troisième jour survint une légère hémorrhagie, qui fut attribuée à ce que le délivre commençait à se détacher; on continua

de temporiser. Plusieurs jours se passèrent ainsi, avec une perte peu considérable, mais continuelle. Le septième, on s'aperçut que la face pâlissait, qu'il y avait de la faiblesse, et que le sang exhalait une mauvaise odeur : on se contenta de faire des frictions, des injections, et de prescrire des remèdes insignifians. Le huitième jour enfin, la malade paraissant épuisée, on nous rappela : nous la trouvâmes décolorée, avec le pouls faible et fréquent; le ventre était douloureux, l'écoulement infect, le cordon ombilical pendant à la vulve, et l'utérus fortement revenu sur lui-même. Sans nous dissimuler la gravité du cas, nous procédâmes de suite à la délivrance, qui fut effectuée avec peine. Le placenta avait contracté, dans les deux tiers de son étendue, des adhérences que nous détruisîmes peu à peu; la partie adhérente était fraîche comme chez une personne récemment accouchée, mais la partie libre était putréfiée. Malgré ce secours, la femme succomba trente heures après. Ayant eu cet exemple sous les yeux au commencement de notre pratique, nous n'avons jamais hésité depuis à pratiquer la délivrance artificielle dans les cas analogues. Assurément, quand le placenta ne sort pas, et qu'il ne survient point d'accidens, on peut attendre une heure ou deux; mais, ce laps de temps écoulé, il faut agir sans balancer. Les dangers des manœuvres qu'on est obligé d'exercer sur les parties génitales ont été exagérés; lorsque ces dangers surviennent, c'est que l'opération a été faite par des mains inhabiles, et il ne faut pas mettre sur son compte ce qui ne doit être attribué qu'à la maladresse de celui qui l'exécute.

Quand la femme ne perd point de sang, le placenta se sépare peu à peu, mais il tombe en putréfaction, et

communique une odeur infecte aux liquides qui s'échappent par la vulve. La présence de cette masse corrompue irrite l'utérus, et donne lieu à ces métro-péritonites funestes qu'on n'ose attaquer par les anti-phlogistiques, et qui conduisent la femme au tombeau, ou à ces fièvres de mauvais caractère qui lui deviennent non moins funestes.

En ce cas encore, c'est à la délivrance artificielle qu'il faut recourir. On aurait grand tort de compter sur les divers moyens qui ont été proposés et que nous allons passer en revue.

Les anciens employaient les emménagogues, les purgatifs drastiques et une foule d'autres substances irritantes, auxquelles les praticiens modernes ont sagement renoncé, parce qu'il ne pouvait résulter de leur action qu'un accroissement d'intensité des accidens inflammatoires.

On a préconisé l'emploi du seigle ergoté. Loin de croire à son efficacité pour hâter la délivrance, nous sommes persuadé qu'il ne ferait que créer un obstacle de plus. Une femme était accouchée heureusement au terme de six mois; mais depuis trois jours le délivre ne sortait pas, lorsqu'on réclama notre assistance. Bien qu'il n'y eût pas d'accidens, nous proposâmes d'aller à la recherche du placenta et de le détacher : on voulut cependant essayer encore le seigle ergoté, qui avait déjà été administré une fois sans succès. Deux doses de cette substance provoquèrent des coliques, mais sans amener la délivrance. Comme nous l'avions prévu, le col se resserra au point que deux doigts ne pouvaient plus être introduits dans sa cavité. Il fallut donc attendre que cet état de contraction cessât. Au bout de

trente-six heures, survint un léger suintement de sang, bientôt suivi d'une hémorrhagie ; nous introduisîmes un tampon, qui dilata le col, et alors seulement il nous fut possible de procéder à la délivrance.

Les injections dans la veine ombilicale d'eau froide, pure ou mêlée soit avec du vinaigre, soit avec de l'alcool, ont été conseillées dans le but de détruire les adhérences existantes entre le placenta et l'utérus, et de réveiller les contractions utérines. Ce moyen a réussi quelquefois, mais il a échoué dans d'autres. Il ne jouit donc pas d'une efficacité constante. D'ailleurs, son innocuité ne nous semble pas certaine, comme on en pourra juger par le fait que nous allons rapporter. La délivrance ne s'opérant pas chez une femme dont l'accouchement avait d'ailleurs été fort simple, et les tractions exercées sur le cordon n'amenant aucun résultat, le praticien qui l'assistait injecta de l'eau froide dans la veine ombilicale. L'injection demeura sans effet ; on la répéta, mais avec de l'eau vinaigrée. Cette fois, la femme sentit presque aussitôt un goût de vinaigre dans la bouche ; elle fut prise de ptyalisme et d'un froid si intense que pendant quinze heures on eut les plus grandes peines à la réchauffer. Cependant, la délivrance n'ayant pas lieu, on nous fit appeler. Nous trouvâmes le cordon pendant à la vulve, et le placenta engagé en partie dans l'orifice, mais non complétement détaché. Nous introduisîmes la main dans l'utérus, pour rompre les adhérences, et l'extraction se fit sans difficulté. Tous les accidens cessèrent, la femme se rétablit, et depuis elle a eu plusieurs enfans. Ce fait curieux nous semble démontrer que les injections d'eau acidulée dans la veine ombilicale ne sont pas aussi

exemptes d'inconvéniens qu'on pourrait le croire au premier abord.

7° Hémorrhagies utérines qui surviennent après l'expulsion du fœtus.

Les hémorrhagies qui surviennent après l'expulsion du fœtus dépendent de causes diverses. Il y en a qui sont le résultat de lésions ou de déchirures du col. Quand les déchirures sont peu étendues, elles n'intéressent que des vaisseaux peu importans, et l'écoulement de sang n'est pas considérable : on peut jusqu'à un certain point le confondre avec les lochies, et d'ordinaire il s'arrête de lui-même, par suite du retrait que l'utérus éprouve après l'expulsion du fœtus. Dans tous les cas, si ce retrait était insuffisant, on y remédierait aisément en introduisant entre les lèvres de la déchirure, ou simplement dans l'orifice de l'utérus, un bourdonnet de charpie qu'on aurait préalablement imbibé d'une liqueur astringente ; l'hémorrhagie cesserait bientôt.

Dans d'autres cas, le sang provient de la surface interne de l'utérus, et ici l'on peut admettre trois variétés distinctes. Tantôt le placenta conservant encore toutes ses adhérences avec les parois de l'utérus, mais ce dernier organe étant frappé d'atonie, un écoulement de sang peu abondant se fait par le cordon ombilical; tantôt le placenta s'est détaché en partie ou en totalité, et c'est à son décollement qu'est dû l'épanchement du sang dans la cavité utérine; tantôt enfin l'hémorrhagie a lieu après l'expulsion non seulement du fœtus, mais encore du placenta. Elle peut alors dépendre de la complexion forte et vigoureuse de la femme, soit du *molimen hæmorrhagicum* de l'utérus, soit d'un état plé-

thorique général ou local, en un mot, pour nous servir des expressions consacrées, elle peut être active ou passive.

Dans les hémorrhagies actives le sang est ordinairement rutilant et plastique : il sort de l'utérus en abondance, s'écoule de la vulve en bavant, s'amasse à la partie la plus déclive du lit, se coagule facilement, et se moule sur les parties de la femme avec lesquelles il est en contact, de manière à en offrir le relief. En général, ces hémorrhagies sont peu graves, et s'arrêtent d'elles-mêmes ; car, aussitôt que la femme a été débarrassée de la surabondance du sang, l'utérus, qui est doué de toutes ses facultés contractiles, revient sur lui-même, et l'écoulement cesse.

Mais lorsque l'hémorrhagie est passive, et qu'elle résulte de l'atonie générale ou de celle seulement de l'utérus, elle présente un caractère plus sérieux. L'atonie de l'utérus peut dépendre de la constitution débile de la femme, soit naturelle, soit acquise. Elle peut aussi être la suite de circonstances particulières qui sont survenues pendant le travail. Ainsi, lorsque la déplétion de l'utérus s'effectue d'une manière trop prompte, comme quand le produit de la conception se trouve expulsé en bloc, sans que la rupture de la poche des eaux ait précédé, on voit l'utérus tomber dans un état de stupeur, parce que ses fibres ont été pour ainsi dire prises au dépourvu. La même chose arrive si l'organe vient à être tout-à-coup vidé d'une grande partie du liquide contenu dans la poche. Mais, le plus ordinairement, l'atonie de l'utérus dépend de la fatigue que ce viscère éprouve par l'effet d'un travail prolongé. Quelle qu'en soit la cause, quand elle a lieu, ou le sang s'écoule

à l'extérieur, ce qui est rare, ou bien, ce qui a lieu le plus ordinairement, il s'épanche dans la cavité utérine. Les parois de l'utérus étant flasques, elles se laissent distendre, et le sang s'y accumule. Rien à l'extérieur ne décèle l'existence de l'hémorrhagie, et si l'on n'y prend garde, la femme périt bientôt.

Différens signes peuvent servir à faire reconnaître ces hémorrhagies. Il y en a de précurseurs, et d'autres qui ne se manifestent qu'au moment même de l'hémorrhagie.

Les signes précurseurs sont les suivans. En général, quand une femme qui vient d'accoucher n'est pas prise d'horripilations, de frissons, dix minutes ou un quart d'heures après la délivrance, et qu'elle conserve de la chaleur à la peau, on peut être certain que l'utérus ne se contracte pas, et qu'il surviendra une hémorrhagie. Mais un signe infaillible, c'est une chaleur âcre et sèche à la paume des mains et à la plante des pieds, semblable à celle qui survient dans les fièvres hectiques, ou qui accompagne le dernier degré de la phthisie. Si l'on observe avec attention, voici ce qu'on remarque. La femme parle d'abord comme si rien d'extraordinaire ne se passait en elle; puis, tout-à-coup, elle accuse un sentiment de chaleur dans le ventre, qui n'a rien de pénible; quelquefois elle sent un liquide chaud s'épancher dans la cavité abdominale; souvent aussi elle devient muette, elle pâlit, elle éprouve une gêne plus ou moins incommode de la respiration, de l'agitation, de l'anxiété; le pouls est fréquent, mais faiblit; il y a tendance à l'assoupissement, ou même insurmontable besoin de dormir. Si l'on porte la main à l'hypogastre, on trouve cette région molle et flasque : le globe utérin

est large, mou, et souvent dépasse l'ombilic. Le doigt sent l'orifice du col médiocrement resserré; ses lèvres sont appliquées l'une contre l'autre, de manière à retenir le sang; mais si l'on introduit le doigt dans l'utérus, on sent un magma qui est dû à du sang demi-coagulé, et, en exerçant des frictions sur le ventre, on détermine l'expulsion de ce sang.

Il est d'autres circonstances encore qui peuvent amener une hémorrhagie à la suite de l'accouchement. Nous avons dit que cet accident tenait souvent à la rétention du placenta dans l'utérus. Mais quelquefois le placenta n'est point expulsé tout entier, et il en reste des lambeaux, ou bien les membranes qui y tiennent se déchirent à son pourtour et demeurent adhérentes aux parois de l'utérus, ou enfin une portion de ces membranes décollées forme un cul-de-sac, dans lequel le sang s'accumule et ramène peu à peu le viscère à l'état de distension dans lequel il se trouvait pendant la grossesse. Un jour nous fûmes appelé pour une femme qui était en travail; nous ne pûmes nous rendre aussitôt auprès d'elle, et l'on fit venir un autre accoucheur qui, trouvant l'enfant expulsé, fit des tractions sur le cordon et amena le délivre, mais ne s'assura pas qu'il était entier; à notre arrivée nous négligeâmes aussi ce soin par égard pour un confrère; mais bientôt nous vîmes la femme pâlir. En portant la main à l'orifice de l'utérus, nous trouvâmes que les membranes, détachées en partie, avaient formé une poche dans laquelle beaucoup de sang s'était amassé; nous détruisîmes les causes de cette hémorrhagie, et l'effet cessa immédiatement. Dans d'autres cas, nous avons vu des hémorrhagies produites par des causes étrangères à l'utérus,

survenir huit, douze ou quinze jours après l'accouchement. Nous en avons rencontré, par exemple, qui tenaient à des accumulations de matières endurcies dans le gros intestin. Une femme, entre autres, éprouvait une constipation des plus opiniâtres, qui avait résisté aux lavemens et à tous les moyens; le neuvième jour de ses couches, elle fut prise d'une hémorrhagie inquiétante. En palpant le ventre, nous sentîmes, dans la fosse iliaque gauche, une tumeur insolite, que nous attribuâmes à un amas de matières stercorales endurcies; à l'aide d'un manche de cuiller, faisant office de curette, et que nous introduisîmes dans le rectum, nous débarrassâmes cet intestin de son contenu, et l'hémorrhagie disparut aussitôt. Le même procédé a été également couronné de succès dans un autre cas. Nous appelons l'attention des praticiens sur cette particularité, dont les auteurs n'ont point parlé.

Les moyens qu'on a proposés pour combattre les hémorrhagies consécutives à l'accouchement peuvent être rangés en trois classes distinctes. La première comprend ceux qui doivent être appliqués à l'extérieur; la seconde, ceux qu'on introduit dans le canal digestif; et la troisième, ceux qui sont destinés à agir dans l'intérieur de l'utérus.

Parmi les premiers, il ne faut jamais négliger les moyens généraux que la médecine nous offre, comme l'exposition à l'air libre, le renouvellement de l'air, les boissons froides. Mais les frictions faites sur le ventre avec la main ont été recommandées d'une manière spéciale. On peut en retirer de très bons effets, principalement quand on les emploie à titre de moyen préventif. Elles sont surtout efficaces lorsque l'hémorrha-

gie n'est pas arrivée à son plus haut degré, et que l'utérus possède toute sa force contractile. En frictionnant l'hypogastre, en serrant l'utérus avec la main, on réveille les contractions de ce viscère, on détermine quelquefois la sortie des caillots, et l'utérus revenant sur lui-même, l'hémorrhagie ne se produit plus. Mais ce n'est là fort souvent qu'un moyen accessoire. On a conseillé, en outre, l'application de l'eau froide, les aspersions d'eau froide vinaigrée ou à la glace. On peut sans doute en retirer quelque avantage, mais il ne faut y recourir qu'après avoir fait usage des moyens que nous indiquerons plus tard, et qui doivent être dirigés dans l'intérieur de l'utérus. Les révulsifs, tels que les manuluves, la ligature des membres, l'application du feu aux extrémités, celle des sinapismes entre les épaules, ont été proposés. Ces moyens agissent avec trop de lenteur, et quoiqu'on ne puisse révoquer en doute leur efficacité dans certains cas, cependant il ne faudrait pas toujours leur accorder une pleine confiance, parce qu'il pourrait arriver que la femme succombât pendant le temps nécessaire à la manifestation de leur action. Quel secours en attendre d'ailleurs quand des milliers de vaisseaux versent le sang à flot dans l'utérus? L'ustion des talons cause trop de douleurs, sans avoir une efficacité incontestable; elle conviendrait tout au plus pour s'assurer si la mort de la femme est réelle ou apparente. Quant aux sinapismes entre les épaules, malgré la révulsion puissante qu'ils sont aptes à produire, nous les croyons insuffisans, à cause de la lenteur avec laquelle ils agissent. La ligature des membres doit être proscrite, parce qu'elle n'a d'autre effet que d'empêcher le sang de revenir des extrémités au cœur, et

que la femme étant déjà fort affaiblie par la perte, le résultat infaillible serait de déterminer chez elle des syncopes qui pourraient la faire périr ; de plus, elle serait propre à augmenter les congestions utérines, et par conséquent à accroître l'hémorrhagie, au lieu de la diminuer.

Les stimulans qu'on administre par les voies digestives, sont ou de véritables astringens, ou des substances purement toniques, ou des médicamens doués de propriétés spéciales. Les astringens à l'intérieur ont en général une action trop lente, et ne sauraient par conséquent être d'aucun secours. Les toniques peuvent offrir des avantages, mais ce n'est que dans les cas où la femme est affaiblie, et après qu'on a déjà paré à l'hémorrhagie; c'est pour remédier à sa faiblesse qu'on emploie les cordiaux, les vins généreux, les boissons froides. Parmi les médicamens qui agissent d'une manière spéciale sur l'utérus, le seigle ergoté est surtout celui qu'on a préconisé. Cette substance ne doit être employée, dans le cas d'hémorrhagie foudroyante, que pour prévenir le retour de l'écoulement, et non pour le combattre lui-même. Nous pensons que, chez les femmes affaiblies et dont les fibres utérines sont frappées d'atonie, on fait bien, après avoir remédié aux accidens, d'administrer quelques doses de seigle ergoté, pour solliciter la contractilité fibrillaire de l'organe. Mais, dans le premier moment, il n'y a que les moyens chirurgicaux, dirigés sur l'utérus même, qui puissent être réellement efficaces.

Le plus innocent de tous ces moyens consiste à titiller l'utérus avec deux ou trois doigts d'une main, tandis que l'autre, appliquée sur l'hypogastre, le comprime. Il

suffit quelquefois pour déterminer l'organe à revenir sur lui-même, et pour arrêter l'hémorrhagie, surtout quand on le seconde par l'exposition à l'air frais et les aspersions d'eau froide; mais, dans les hémorrhagies foudroyantes, il n'a pas assez de puissance. On doit alors introduire la main dans l'utérus, sur la surface interne duquel on la promène à plat, afin de décoller les caillots qui s'y sont amassés; en même temps on frictionne l'hypogastre avec l'autre main. Après avoir extrait les caillots, il ne faut pas se hâter de retirer la main, car il arriverait alors ce qui a lieu quand le fœtus est expulsé d'une manière trop brusque, et l'on serait obligé de recourir à une nouvelle manœuvre, qui serait toujours fort douloureuse. Il convient donc d'attendre, pour retirer la main, que les contractions se manifestent avec énergie, et que l'utérus fasse en quelque sorte effort pour l'expulser; avec cette précaution, l'organe ne se laissera plus distendre, et l'on n'aura plus à redouter d'hémorrhagies consécutives.

Mais cette stimulation ne parvient à réveiller l'action de l'utérus qu'autant qu'il existe un certain degré d'énergie chez la femme : autrement elle est insuffisante pour tirer l'organe de son état d'engourdissement. C'est dans ce cas qu'on a conseillé les injections faites avec l'eau froide, l'eau vinaigrée ou alcoolisée, les acides minéraux affaiblis, et autres liquides astringens. On a aussi proposé de tamponner l'utérus, en y introduisant une vessie distendue soit par de l'air, soit par une liqueur styptique. Levret dit avoir retiré de bons effets de la glace portée dans l'utérus; nous l'avons nous-même employée avec avantage. Il faut seulement avoir soin que cette glace ne soit pas en trop gros fragmens;

un morceau du volume d'un œuf serait bien suffisant pour solliciter les contractions utérines. La neige agit de la même manière, et n'offre de différence qu'en ce qu'elle est divisée. Mais ce moyen n'est pas sans inconvéniens. Madame Lachapelle dit avoir vu succomber des femmes chez lesquelles on l'avait mis en usage, de sorte que les injections d'eau froide semblent mériter la préférence. Celles avec l'eau vinaigrée ou alcoolisée ne seraient pas non plus exemptes de danger. A plus forte raison doit-on proscrire celles avec les acides sulfurique et nitrique, qui ne manqueraient pas d'exciter une inflammation plus ou moins violente.

L'introduction dans l'utérus d'une éponge imprégnée de vinaigre a été conseillée comme très efficace; on y a substitué ensuite, principalement d'après Evrat, celle d'un citron. Ce moyen ne saurait convenir qu'autant qu'on l'emploie avec discernement, c'est-à-dire quand l'utérus est frappé d'atonie, et qu'on s'aperçoit, en le vidant des caillots de sang, qu'il ne revient pas sur lui-même. Pour se servir du citron, on le dépouille de son écorce, afin de mettre à nu les cellules les plus extérieures; on l'introduit au moyen de deux ou trois doigts, et on le passe rapidement sur la paroi interne de l'utérus. Si l'organe ne se resserre pas, on comprime le fruit, de manière à en faire jaillir le jus; et si cette ressource ne suffit pas encore, on le laisse en place; l'utérus l'expulse dès que ses fibres viennent à se resserrer. M. Desgranges a prétendu qu'une éponge imbibée de vinaigre méritait la préférence; nous soutenons le contraire, parce que la stimulation qu'on détermine avec le vinaigre doit varier suivant son degré de concentration, qui est toujours à peu près le même dans

le citron. D'ailleurs, une éponge a sur ce fruit l'inconvénient d'absorber le sang et d'augmenter ainsi de volume, en sorte qu'il y a moins de sécurité à la laisser séjourner dans l'utérus qu'un, deux ou trois citrons pelés. Au reste, nous ne la rejetons pas positivement, car il y a des localités où l'on pourrait être forcé d'y recourir, et où, à défaut de citron, on devrait s'estimer trop heureux d'avoir à sa disposition du vinaigre, quelque mauvais qu'il fût. Cependant alors, vu l'élasticité de l'éponge, nous accorderions la préférence à un tampon de linge.

Au reste, ces moyens énergiques ne doivent être mis en usage que dans des cas extrêmes. En général, les autres réussissent, et il est extrêmement rare qu'on soit obligé de recourir au citron ou au vinaigre. C'est tout au plus si Evrat, qui a présenté le premier de ces procédés, y a eu recours une fois dans l'espace de cinq ou six ans; et nous-même, depuis une vingtaine d'années que nous pratiquons les accouchemens, nous n'avons pas encore trouvé l'occasion de nous en servir.

Quant à l'introduction dans l'utérus d'une vessie que l'on gonfle d'air, il fallait n'avoir aucune idée du mécanisme des pertes utérines pour préconiser un pareil moyen. Cette vessie ne peut que distendre l'organe, et le mettre dans les conditions les plus favorables à l'entretien de l'hémorrhagie, car elle agit sur lui précisément à la manière de l'œuf, tandis que le but doit être de chercher à le faire revenir le plus promptement possible sur lui-même. Nous en dirons autant du tampon, qui ne ferait que convertir une hémorrhagie externe en hémorrhagie interne, outre qu'il pourrait déterminer la contusion ou la déchirure des parois utérines.

8° Syncopes et convulsions.

La délivrance naturelle peut être retardée par des syncopes, dont on ignore souvent la cause, ou par des convulsions. Si le placenta est totalement décollé, et que le cordon ait été rompu, on introduit deux ou trois doigts à travers l'orifice du col, on saisit la masse placentaire et on l'amène au-dehors : ce cas rentre parfaitement dans celui de la délivrance naturelle. Si le placenta n'est point détaché, ou ne l'est qu'en partie, c'est à la délivrance artificielle qu'il faut avoir recours.

CHAPITRE III.

DE LA DÉLIVRANCE ARTIFICIELLE.

La délivrance artificielle consiste dans le décollement du placenta effectué par la main de l'accoucheur.

Pour l'opérer, la première condition est de donner une position convenable à la femme. Cette situation ne diffère pas de celle que nous avons indiquée pour les accouchemens laborieux. Il faut que le lit soit suffisamment élevé, que le siége de la femme en dépasse un peu le bord, que les jambes, ployées sur les cuisses et les cuisses fléchies sur le bassin, soient soutenues par un aide de chaque côté, et qu'un troisième aide maintienne les bras, pour empêcher le corps de glisser et prévenir les mouvemens intempestifs.

La femme étant placée et soutenue, on applique une main sur l'hypogastre, pour fixer l'utérus et l'empêcher de remonter, puis on introduit l'autre main dans l'utérus. S'il s'est écoulé plusieurs jours depuis l'accouchement, il faut procéder avec lenteur à cette intro-

duction, et glisser successivement un, deux ou trois doigts à travers l'orifice du col. Ce n'est qu'avec la plus grande patience qu'on réussit alors; en usant de violence, on ne manquerait pas de faire naître des accidens. Mais cette précaution est inutile quand on procède à la délivrance deux ou trois heures seulement après l'accouchement.

Quand le cordon existe, il sert de guide pour arriver à la surface du placenta. Lorsqu'il a été arraché, il faut chercher l'endroit où ce dernier est implanté; on le reconnaît aisément à sa mollesse, à une réticulation particulière produite par les vaisseaux qui s'y ramifient, et à l'épaisseur des parties interposées entre la main placée sur le bas-ventre et celle qui explore l'intérieur des organes; la femme éprouve d'ailleurs une sensation moins vive que quand les doigts touchent immédiatement la face interne de l'utérus.

Le plus ordinairement on trouve déjà une certaine étendue du placenta détachée. L'opération est alors faite en partie, et l'on achève le décollement sans difficulté, en glissant la main à plat entre l'utérus et la masse placentaire, et la faisant cheminer lentement jusqu'à ce qu'on ait peu à peu détruit toutes les adhérences. Le placenta étant décollé en entier, on le pousse devant la main, dont l'action a réveillé les contractions utérines, qui le chassent et l'obligent à sortir. Dans le cas d'inertie de l'utérus, il importe d'attendre que ces contractions expulsives surviennent, afin de prévenir les accidens qui pourraient résulter d'un vide établi trop brusquement. La même précaution est nécessaire aussi dans celui d'hémorrhagie. Mais, en général, quand on procède à la délivrance artifi-

cielle, on a plutôt à craindre l'irritation trop vive de l'utérus que son atonie. L'action du viscère peut même devenir gênante, et empêcher le décollement complet du placenta; dans cette circonstance, il faudrait bien se garder de tirer sur le cordon, car on pourrait déterminer ainsi des déchirures qui rendraient le reste de l'opération bien plus difficile encore. Ce qu'on doit faire alors, c'est d'attendre que les contractions aient cessé, après quoi on achève le décollement du placenta, sur lequel il ne faut exercer de tractions que quand il a été détaché dans toute son étendue.

Il se présente quelquefois des cas plus difficiles que celui qui vient d'être examiné. Le placenta, par exemple, peut être partiellement décollé à son bord supérieur. Comme alors il ne serait pas toujours aisé de porter la main si haut, il faut agir de la même manière que s'il n'y avait point décollement du tout, c'est-à-dire glisser la main le long du bord inférieur, le soulever, et continuer de détruire les adhérences par des mouvemens ménagés de va-et-vient. Quand le placenta est décollé par son centre et fixé à sa circonférence, il se présente sous la forme d'un mamelon. Quelques praticiens veulent qu'on saisisse ce mamelon, et qu'on lui imprime un mouvement de rotation pour briser le reste des liens qui retiennent le gâteau placentaire; cette manœuvre n'est pas facile à exécuter. Il vaudrait mieux rompre le placenta vers l'un des points de sa circonférence, pour permettre l'introduction de la main, ou, comme l'indique Leroux, le déchirer à son centre, passer un ou deux doigts dans l'ouverture, et le détacher par une traction exercée de haut en bas.

Est-il possible d'extraire constamment la masse entière du placenta ? Nous y sommes toujours parvenu. Cependant Smellie et Baudelocque disent avoir été plus d'une fois forcés d'en abandonner une partie dans l'utérus. Lorsque de tels hommes affirment un fait, il faut bien croire à sa réalité. Mais fût-il même plus fréquent qu'il ne paraît l'être, on n'en devrait pas moins, en toute circonstance, n'épargner aucun soin pour ne point laisser dans l'utérus le moindre fragment du placenta. Si donc on s'apercevait qu'il fût resté un cotylédon ou une partie des membranes, il ne faudrait pas craindre de porter la main dans l'organe pour aller à la recherche de ce corps, dont la présence peut effectivement donner lieu à des accidens très graves, même à la mort. Nous pourrions citer plusieurs cas dans lesquels des cotylédons qu'on avait négligé d'extraire sont restés huit, dix, quinze jours consécutifs dans l'utérus, sans provoquer aucun phénomène morbide, puis ont déterminé tout-à-coup des hémorrhagies épuisantes. Il nous est arrivé plusieurs fois de reconnaître la présence d'un pareil corps étranger deux ou trois semaines après l'accouchement, et d'en faire l'extraction, qui malheureusement n'a pas toujours suffi pour prévenir la mort.

Des accidens du même genre peuvent également éclater quand on laisse séjourner des caillots ou des débris de membranes dans l'utérus. Une femme, étant accouchée avec une promptitude inattendue, ne put appeler qu'après l'événement un praticien qui procéda aussitôt à la délivrance; au moment où nous arrivâmes elle tomba en syncope; nous reconnûmes que l'utérus atteignait encore l'ombilic; le placenta seul avait été

extrait; les membranes formaient tampon sur le col, et il y avait une hémorrhagie interne. Nous enlevâmes cette masse en toute diligence, et la femme, ayan reçu les soins convenables, ne tarda pas à se rétablir.

Les fragmens de délivre laissés dans l'utérus ne provoquent pas toujours une hémorrhagie. Quelquefois ils subissent la décomposition putride, et sortent par lambeaux avec les lochies, ou donnent naissance à des phénomènes d'inflammation, à des fièvres de mauvais caractère. Il faut alors mettre en usage à l'intérieur les médicamens indiqués par chaque cas spécial. On en seconde l'action par des injections émollientes, faites avec une sonde en gomme élastique qu'on introduit à travers l'ouverture du col, en la guidant avec le doigt. Ces injections doivent être exécutées avec beaucoup de ménagement, car on prétend que, poussées avec force, elles pourraient pénétrer, par les trompes, jusque dans la cavité du péritoine. Les emménagogues et les drastiques, dont quelques auteurs ont conseillé l'emploi, ne pourraient qu'être nuisibles.

SECTION IV.

DE LA CONDUITE A TENIR APRÈS L'ACCOUCHEMENT.

Dans les circonstances où se trouve la femme qui vient d'accoucher, tout est sérieux et grave, tout mérite attention; si les soins que son état réclame ne sont pas donnés par l'homme de l'art lui-même, c'est au moins lui qui les conseille et qui en dirige l'application.

Quand la femme est délivrée, que cette opération se soit faite spontanément ou non, on la laisse pendant quelque temps encore sur le lit où elle vient d'accoucher. On l'y tient couchée horizontalement, les membres pelviens allongés et rapprochés, après avoir remplacé par des serviettes sèches les linges mouillés qui l'entouraient. On lui prescrit le repos et le silence, on la couvre plus ou moins, pour la garantir du froid, on lui procure de l'air frais, en ouvrant une fenêtre, on écarte les visites importunes, et on éloigne autant que possible ce qui pourrait faire naître en elle des mouvemens tumultueux de joie ou de tristesse.

On la laisse quelques instans sur le petit lit pour remplir deux indications; la première, de lui procurer un peu de repos, dont elle a grand besoin après les violentes secousses qu'elle vient d'éprouver; la seconde, d'éviter les défaillances dont elle pourrait être prise si on la remuait ou changeait de place trop promptement, et qui sont surtout à craindre quand l'accouche-

ment a été précédé ou suivi de syncopes ou d'hémorrhagie.

La situation horizontale est la plus avantageuse, parce que, s'il survenait une hémorrhagie, elle permettrait plus aisément au chirurgien de porter les secours propres à l'arrêter.

Le rapprochement des cuisses a pour but de retenir le sang dans le vagin, et de l'y laisser produire un caillot qui s'étende jusqu'au col utérin. L'écoulement de sang qui a lieu demande effectivement à être surveillé, surtout chez les femmes d'une complexion délicate, et la formation d'un caillot dans le vagin est le meilleur moyen de l'arrêter.

Au bout de quinze à vingt minutes, on introduit deux doigts dans la vulve, en même temps qu'on comprime l'utérus avec l'autre main appuyée sur l'hypogastre, et l'on débarrasse le vagin des caillots qu'il contient. Cette précaution est très sage ; car, en stimulant l'utérus par les frictions que la main exerce sur le bas-ventre, on favorise son retrait, et l'on prévient ou diminue les tranchées que déterminerait l'accumulation du sang dans sa cavité.

Cela fait, on procède à la toilette de l'accouchée. Le premier soin doit être de laver les parties génitales et les cuisses. Si l'accouchement n'a rien présenté d'extraordinaire, on emploie pour cela de l'eau tiède; mais il faudrait se servir d'eau froide si l'on avait lieu de craindre une hémorrhagie. Cette eau peut être pure ou mêlée d'un peu de vin lorsque les organes génitaux n'ont pas éprouvé de lésions graves; dans le cas contraire, on aurait recours à l'eau de guimauve. Dès que les parties sont nettoyées, on les essuie avec des linges

bien secs et chauffés ; puis on enlève tous ceux des vêtemens qui ont été souillés, et on les remplace par d'autres, en ayant soin surtout de bien garnir les bras et la poitrine. Un chauffoir est placé entre les cuisses, et un bandage de corps autour du ventre. Ce bandage doit être médiocrement serré et purement contentif; ainsi disposé, il a l'avantage de soutenir les viscères abdominaux, de suppléer à la pression que les parois relâchées du bas-ventre n'exercent plus, de favoriser le retrait de l'utérus, de diminuer un peu les tranchées, et de prévenir les syncopes; mais, si on le serrait trop, au lieu d'être utile, il deviendrait nuisible, et pourrait déterminer des congestions dangereuses. Tous ces préparatifs étant terminés avec autant de célérité que possible, on transporte la femme dans son lit ordinaire, qui a été préparé d'avance, garni d'alèzes suffisantes et chauffé; elle doit y être couverte autant qu'il le faut pour la préserver du froid.

Après la délivrance, lorsque l'accouchement s'est terminé d'une manière heureuse, les femmes éprouvent une sorte d'accablement semblable à celui que détermine un exercice violent et immodéré. Fort souvent, à peine sont-elles replacées dans leur lit qu'elles sont prises d'horripilations, de frissons, portés quelquefois jusqu'au tremblement et au claquement des dents. Lorsque ces frissons sont modérés, ils sont de bon augure; ils annoncent que l'action nerveuse et la circulation ne tarderont pas à reprendre leur rhythme normal. En effet, le pouls, jusqu'alors serré et fréquent, devient souple et développé; il se relève, la chaleur se ranime, la peau se couvre d'une moiteur halitueuse, toutes les fonctions reviennent à leur état or-

dinaire, et la femme s'endort d'un sommeil paisible, qu'on se garde bien de troubler, mais pendant lequel il faut la surveiller, dans la crainte qu'il ne survienne une hémorrhagie. Des frissons trop prolongés doivent, au contraire, inspirer de l'inquiétude, car ils sont fréquemment l'avant-coureur de convulsions. De même, quand la femme conserve de l'agitation, de la loquacité, et que sa peau reste sèche, on a lieu de craindre une hémorrhagie.

CHAPITRE PREMIER.

DES PHÉNOMÈNES QUI SURVIENNENT APRÈS L'ACCOUCHEMENT.

Le retour de l'utérus à son volume primitif n'a lieu que d'une manière lente et graduée. Cette rétraction s'opère quelquefois sans nulle sensation pénible ; mais parfois aussi elle détermine des douleurs ayant beaucoup d'analogie avec celles du travail de l'enfantement. Ces douleurs sont connues sous le nom de *coliques* ou *tranchées utérines*. En même temps, il se fait par la vulve un écoulement plus ou moins abondant, qui constitue ce qu'on appelle les *lochies*. Enfin l'établissement de la sécrétion laiteuse s'accompagne d'une série de phénomènes dont l'ensemble a reçu le nom de *fièvre de lait*.

ARTICLE PREMIER.

DES LOCHIES.

Les lochies sont toutes les matières qui s'échappent par les parties génitales externes, depuis le moment de la délivrance jusqu'à ce que l'utérus soit revenu à ses proportions et à sa consistance normales.

On distingue les lochies en *sanguines*, *séreuses* et

purulentes, suivant que le liquide qui les forme est du sang pur, une sérosité mêlée d'une quantité variable de sang, ou une mucosité puriforme.

Le premier écoulement qui a lieu est constitué par du sang presque pur, et commence peu de temps après la délivrance. Sa durée, qui varie beaucoup, est subordonnée à la constitution des femmes; chez celles d'un tempérament sanguin, elle se prolonge jusqu'à la fièvre de lait; chez celles d'une complexion faible, débile, lymphatique, elle ne dépasse guère vingt-quatre à quarante-huit heures.

Aux lochies sanguines succèdent les lochies séreuses, plus ou moins teintes de sang, qui ne vont pas au-delà de la fièvre de lait. Puis, après celles-ci, viennent les lochies puriformes, appelées aussi purulentes, blanches ou laiteuses, qui sont le produit d'une véritable irritation suppurative.

Les lochies blanches ont une odeur toute spéciale, dont l'intensité varie beaucoup suivant les individus et le plus ou moins de propreté. Quelquefois elles exhalent une odeur infecte. Cette fétidité des lochies peut dépendre de plusieurs causes diverses. Tantôt elle tient à la décomposition putride d'une portion du placenta ou des membranes, qui est demeurée dans l'utérus; tantôt elle est due à celle d'un caillot dont l'organe n'a pu se débarrasser; parfois enfin elle dépend de circonstances étrangères à l'accouchement. Il faut toujours en rechercher la cause. Lorsqu'en pratiquant le toucher on découvre quelque lambeau du délivre engagé dans le col utérin, on en fait l'extraction. Vient-on à constater la présence d'un caillot, on doit également l'extraire avec le doigt, ou, s'il est mou et diffluent,

chercher à l'entraîner au moyen d'injections émollientes. Quand l'odeur fétide ne reconnaît ni l'une ni l'autre de ces deux causes, elle est l'indice d'un état morbide existant ou du moins imminent ; alors il convient non seulement de faire des injections, mais encore d'administrer des boissons diaphorétiques et toniques, d'exciter la transpiration cutanée et les autres excrétions, et de veiller avec le plus grand soin à ce que les linges soient fréquemment renouvelés, à ce qu'aucun de ceux qui ont été salis ne reste dans la chambre.

Les lochies purulentes durent plus long-temps que les sanguines. L'écoulement blanc jaunâtre et plus ou moins épais qui les constitue persiste quinze jours, trois semaines, un mois, le plus souvent d'une manière constante, mais parfois aussi avec des intermittences marquées, avec des interruptions de douze à vingt-quatre heures. Il est des femmes chez lesquelles les lochies se prolongent six semaines ou deux mois, c'est-à-dire jusqu'à la réapparition du flux menstruel, ou à ce qu'on appelle vulgairement le *retour de couches.*

Les premières règles sont ordinairement plus abondantes que de coutume ; elles peuvent même prendre le caractère d'une véritable hémorrhagie. Si elles sont peu abondantes, on conseille un exercice modéré pendant les deux premiers jours de leur apparition. Dans le cas contraire, il faut que les femmes gardent le repos, dans une situation horizontale, tant que l'écoulement continue d'être copieux. Cette précaution est surtout de rigueur pour celles qui ont un relâchement ou une chute de l'utérus.

ARTICLE II.

DES TRANCHÉES UTÉRINES.

Les tranchées utérines sont le résultat des contractions de l'utérus, de la compression que ses nerfs subissent pendant les efforts qu'il fait pour chasser un caillot de sang, ou pour expulser les liquides infiltrés en quelque sorte dans son tissu, pour faire cesser l'engorgement de ses parois. Elles reconnaissent donc la même cause que les douleurs du travail de l'enfantement.

On ne les observe pas chez toutes les femmes, et elles n'ont pas non plus chez toutes ni la même intensité, ni la même durée.

Elles se manifestent rarement chez les primipares. L'utérus, distendu pour la première fois, jouit alors d'une grande contractilité; il revient aisément sur lui-même, et plus ses contractions sont fortes, moins il y a de facilité pour la production de caillots ou la formation d'épanchemens dans son intérieur. Au contraire, les tranchées sont communes chez les femmes qui ont eu plusieurs enfans, car leur utérus a perdu de sa force, de son énergie, et il est devenu plus perméable aux liquides, qui s'infiltrent plus facilement dans son tissu. Plus cet organe a été distendu par le produit de la conception, plus le fœtus est volumineux, plus le travail est long et pénible, plus aussi la femme est exposée à cet accident.

Les tranchées utérines ne peuvent être confondues avec les coliques intestinales, car elles se font sentir dans l'hypogastre, et ne sont point accompagnées de déjections alvines. Il importe surtout de les distinguer

des douleurs qui marquent le commencement de la péritonite. Dans cette dernière, il y a toujours des frissons, de la fièvre, de la tension au ventre; quel que soit le point des parois abdominales qu'on palpe, on excite de la douleur, qui n'existe pas en l'absence de toute pression. Les tranchées utérines, au contraire, ne sont ni précédées de frissons, ni accompagnées de fièvre; les douleurs ne se prononcent que d'une manière intermittente, la pression semble les soulager plutôt que les accroître, elle ne les provoque point pendant les intervalles, et chacune d'elle est suivie d'un peu plus d'abondance de l'écoulement lochial; assez souvent même il s'échappe de petits caillots par la vulve.

Les tranchées utérines commencent dans les premières heures qui suivent l'accouchement, cessent en général au moment où la fièvre de lait se manifeste, et durent rarement au-delà des lochies séreuses. Quand elles se prolongent davantage, on doit craindre un commencement de métrite ou de péritonite. Quelquefois elles sont tellement fortes, qu'elles amènent des accidens nerveux, des convulsions.

Lorsqu'elles sont modérées, on les abandonne aux soins de la nature. Ont-elles plus d'intensité, presque toujours elles cèdent à une compression légère et uniforme exercée sur l'hypogastre, au moyen d'un bandage de corps peu serré. Si ce moyen échoue, il faut recourir aux injections émollientes, aux cataplasmes sur l'hypogastre, aux lavemens calmans, aux potions antispasmodiques, aux bains de siége. Chez les femmes pléthoriques, une large saignée est souvent nécessaire.

ARTICLE III.

FIÈVRE DE LAIT.

L'un des plus importans phénomènes parmi ceux qui se manifestent après l'accouchement, est le mouvement fébrile dont s'accompagne l'établissement de la sécrétion laiteuse, et qu'on appelle fièvre de lait.

Cette fièvre survient ordinairement de la soixantième à la soixante-douxième heure après la délivrance. Mais il en est d'elle comme de tous les phénomènes vitaux, elle présente beaucoup de variations. Quelquefois elle s'établit au bout de vingt-quatre à trente-six heures, ce qui annonce une complication; dans d'autres circonstances, elle ne se manifeste qu'après trois, quatre ou cinq jours; nous avons connu une dame qui n'en fut prise qu'au neuvième jour : ce sont là des cas purement exceptionnels.

Chez la plupart des femmes, la fièvre de lait mérite à peine le nom de fièvre, tant la réaction est peu prononcée. Elle s'annonce, non par des frissons, qui sont toujours l'indice d'une métrite, d'une péritonite, ou d'une pneumonie, mais par des lassitudes, un brisement des membres, des maux de tête, des picotemens dans les mamelles, de l'agitation, de la loquacité. La peau est d'abord sèche; puis survient une chaleur douce et halitueuse, avec sécheresse à la bouche et soif, mais sans état suburral, car la langue reste naturelle. Le pouls s'accélère, toutefois d'une manière modérée, les pulsations n'allant pas au-delà de quatre-vingt-dix à cent : lorsqu'elles dépassent ce nombre, la fièvre de lait n'est plus franche.

Pendant la durée de ce mouvement fébrile, l'écoulement des lochies cesse, ou du moins diminue beaucoup ; les mamelles se tuméfient et durcissent ; le gonflement s'étend jusqu'au creux de l'aisselle, au point de gêner quelquefois les mouvemens des bras et de la poitrine.

La fièvre dure en général dix-huit à vingt-quatre heures. Elle se termine par de la moiteur à la peau, puis par des sueurs, qui continuent douze, dix-huit ou vingt-quatre heures au plus. A mesure qu'elles perdent de leur abondance, le pouls se ralentit, le gonflement des seins diminue, et il s'échappe par le mamelon un liquide séreux, appelé colostrum, qui disparaît au bout d'un ou deux jours, remplacé par le lait proprement dit. Tout rentre alors dans l'état normal, et la sécrétion laiteuse est établie.

Quelques précautions sont indispensables pendant le cours de la fièvre de lait. Il faut interdire les alimens, même le bouillon, et ne permettre que des boissons délayantes, de l'eau d'orge, de l'eau sucrée, qu'on peut cependant aromatiser un peu, pour la rendre plus agréable. On ne doit ni couvrir beaucoup la femme, ni lui serrer les seins, suivant la mauvaise coutume trop généralement suivie dans le monde. En la couvrant trop, on provoque des sueurs qui la débilitent sans la soulager, on court le risque d'amener des congestions vers la poitrine, par conséquent de faire naître des accidens graves, et on détermine le développement de la fièvre miliaire. Mais il faut bien se garder aussi de tomber dans l'excès opposé, car le froid pourrait devenir cause d'une péritonite ou de quelque autre phlegmasie non moins redoutable.

CHAPITRE II.

DES SOINS A DONNER A LA FEMME EN COUCHES.

L'air doit être fréquemment renouvelé dans la chambre qu'habite une femme récemment accouchée ; mais il faut éviter que celui du dehors, toujours plus froid que celui de l'intérieur, vienne la frapper d'une manière directe; car il pourrait résulter de là des refroidissemens, source d'accidens fâcheux. On veille aussi à ce que la chambre ne renferme rien qui puisse altérer la pureté de l'air, en le chargeant d'émanations; il importe de n'y laisser séjourner ni les linges qui ont été salis, ni les déjections de toute espèce, et de n'y souffrir ni fleurs odorantes, ni aucun parfum.

Une température trop basse et une température trop élevée nuisent également toutes deux à la femme qui vient d'accoucher. Douze à quinze degrés du thermomètre de Réaumur sont ce qui convient le mieux. Il est bon d'entretenir un peu de feu dans la chambre, même en été, et surtout pendant la nuit; on évite par là les changemens brusques de température, qui sont une cause si fréquente de péritonites, de pleurésies et de phlébites.

La plus convenable de toutes les boissons est l'eau sucrée; si, pour varier, ou par d'autres motifs, on prescrit des tisanes, elles doivent toujours être délayantes, peu chargées, et édulcorées avec du sucre, du sirop de gomme ou du sirop de capillaire. Les boissons ou potions échauffantes, de quelque nature qu'elles soient, ne pourraient qu'entraîner des in-

convéniens ; il faut les proscrire d'autant plus sévèrement, qu'un préjugé trop généralement répandu encore dans le monde les a fait pendant long-temps considérer comme étant d'une nécessité absolue. Quelle que soit d'ailleurs la boisson dont on fera choix, elle doit toujours être prise tiède, et cela pendant trois semaines environ; ce n'est que pendant la première heure qui suit l'accouchement qu'on peut tolérer les boissons froides.

Sous le point de vue du régime alimentaire, on ne perdra pas de vue que la femme en couches n'est point une malade, mais seulement une convalescente. Si elle a de l'appétit, il faut la nourrir, mais avec modération; n'étant point alimentée, elle tomberait dans un état de faiblesse qui la prédisposerait aux résorptions purulentes, et les maladies qui pourraient survenir en seraient et plus graves et plus dangereuses. C'est en modifiant les usages reçus à l'hospice de la Maternité, où avant nous on soumettait les accouchées à la diète absolue, que nous sommes parvenu à diminuer de beaucoup la mortalité dans cet établissement. Durant les vingt-quatre heures qui suivent l'accouchement, nous accordons deux ou trois potages pendant le jour, et quelques bouillons pendant la nuit, jamais plus. L'abstinence doit être complète tant que dure la fièvre de lait; lorsqu'elle est passée, nous permettons des viandes légères, en graduant le régime de telle sorte, qu'au bout de douze à quinze jours la femme soit rentrée dans le cercle de ses habitudes ordinaires.

Les femmes nouvellement accouchées ont en général le système nerveux si excitable, qu'on doit écarter d'elles avec le plus grand soin tout ce qui pourrait

leur causer des émotions vives, de quelque nature qu'elles puissent être.

Le séjour au lit, surtout pendant les huit ou neuf premiers jours, a une grande importance. C'est le seul moyen de prévenir les chutes de l'utérus, accident si ordinaire chez les femmes qui négligent cette précaution par indocilité, ou chez celles auxquelles les circonstances ne permettent pas de l'observer. Le lit a d'ailleurs l'avantage d'entretenir une douce chaleur, qui favorise l'exhalation cutanée. Jadis, on obligeait la femme nouvellement accouchée de rester étendue sur le dos pendant les premières vingt-quatre heures. A moins qu'il n'y ait eu une grande hémorrhagie, ou qu'on n'ait quelque motif de craindre une perte, cette situation incommode n'a d'utilité réelle que pendant une heure au plus. Ce laps de temps écoulé, il doit être permis aux femmes de se tourner, à leur gré, tantôt sur un côté, tantôt sur un autre, et même de se mettre un peu sur leur séant pour se délasser.

Les parties génitales, incessamment salies par l'écoulement lochial, doivent être entretenues dans un grand état de propreté par des lotions fréquentes. L'eau tiède ou une décoction émolliente est ce qui convient le mieux pour ces sortes d'ablutions. On se sert fréquemment de lait coupé avec une infusion de cerfeuil. L'infusion de roses rouges a été conseillée chez les femmes lymphatiques et disposées au prolapsus de l'utérus; il faut s'en abstenir pendant la durée des lochies sanguines, et n'y recourir que quand l'écoulement a pris le caractère puriforme. Les lotions n'ont pas seulement pour but la propreté, elles contribuent encore à calmer l'irritation causée par les contusions

ou les déchirures que les organes génitaux ont pu éprouver pendant le cours du travail.

Trois excrétions demandent à être surveillées attentivement chez les femmes en couches : la transpiration, la sécrétion urinaire et les déjections alvines.

Quant à la transpiration, il suffit d'entretenir la peau dans un état de moiteur, ce qu'on obtient sans peine à l'aide du séjour au lit, des boissons tièdes et d'une douce température. Dépasser ce terme nuirait au lieu d'être utile, car des sueurs profuses ne pourraient que débiliter.

Quelques femmes en couches éprouvent, les unes des difficultés d'uriner, les autres une incontinence d'urine, soit que l'urètre ait été contus par la tête de l'enfant pendant le travail, soit que la vessie ait été frappée de paralysie. La rétention d'urine réclame une attention spéciale, parce que les femmes ne s'en plaignent pas toujours à son début. Le moyen d'y remédier est de pratiquer le cathétérisme deux ou trois fois par jour, jusqu'à ce que la liberté de l'excrétion se rétablisse, ce qui exige parfois un laps de temps assez long. L'incontinence d'urine a généralement un caractère plus grave. Lorsqu'elle survient durant les couches, on prescrit des lotions astringentes. Après les couches, on conseille les bains de mer, les douches d'eau de Barèges sur le pubis, les eaux ferrugineuses de Spa, de Balaruc ; mais, le plus souvent, c'est du temps seul qu'on doit attendre la guérison.

La constipation a de graves inconvéniens chez les femmes qui viennent d'accoucher ; elle peut entraîner des hémorrhagies, des congestions abdominales, des inflammations. Il faut donc s'attacher à la combattre

et à entretenir la liberté du ventre. Si les lavemens ne suffisent pas, même après avoir été rendus légèrement laxatifs par l'addition du miel, nous prescrivons une demi-once d'huile de ricin, qui provoque certainement deux ou trois garde-robes.

La plupart des femmes veulent être purgées après leurs couches, et il s'en trouve qui, ne l'ayant pas été, attribuent à cette cause les maladies dont elles peuvent être atteintes quinze ou vingt ans plus tard. Il est même généralement reçu dans le monde que celles qui ne nourrissent pas ne peuvent être débarrassées de leur lait qu'au moyen des purgatifs. S'il n'existe pas de contre-indication formelle, on peut, sans nul inconvénient, céder à ce préjugé, pourvu qu'on fasse choix de purgatifs doux, tels que l'huile de ricin, le sulfate de soude, l'eau de Sedlitz ou celle de Pullna. Mais il faut bien se garder de purger avant la fièvre de lait et tant que dure l'écoulement lochial; ce serait détourner la nature d'un travail utile, et mettre obstacle au dégorgement qui s'accomplit du côté de l'utérus.

CHAPITRE III.

DES SOINS A DONNER A L'ENFANT QUI VIENT DE NAÎTRE.

Les soins particuliers qu'on doit donner à l'enfant varient suivant l'état dans lequel celui-ci se trouve au moment de sa naissance, c'est-à-dire selon qu'il est fort et bien portant, ou dans un état de faiblesse ou de maladie.

Lorsque l'enfant est bien portant, la première chose à faire est de le prendre; on examine si le cordon est entortillé autour du col ou du tronc, et dans ce cas on le

dégage; après quoi on couche l'enfant sur le côté, entre les jambes de la mère, la face tournée du côté opposé à la vulve, afin qu'il puisse respirer librement, et ne soit pas exposé à être suffoqué par les liquides qui s'échappent des parties génitales. On coupe ensuite le cordon, soit avec des ciseaux, soit avec un instrument tranchant quelconque. Cette section doit être faite à deux pouces ou deux pouces et demi des parois abdominales. En la pratiquant plus près, on aurait de la peine à appliquer la ligature, et l'on courrait le risque, si une anse intestinale se trouvait engagée dans le cordon, comme il arrive quelquefois, de la serrer avec le lien. Si on laissait une plus grande longueur de cordon, il en résulterait une masse dont la putréfaction répandrait une odeur infecte.

Si l'enfant crie, on peut procéder de suite à la ligature. Mais, s'il ne crie pas, il faut chercher quelle est la cause de l'absence de la respiration. Or, cette cause peut dépendre de deux états opposés, qu'on appelle, l'un apoplexie, et l'autre asphyxie des nouveaux-nés.

L'état apoplectique s'observe chez les enfans volumineux dont l'expulsion a été pénible et lente, surtout lorsqu'après la sortie de la tête, le corps s'est trouvé plus ou moins fortement serré et comprimé. Ces particularités se présentent principalement chez les primipares, quand les eaux de l'amnios se sont écoulées plusieurs heures avant l'accouchement. Dans ce cas, en effet, les rapports mutuels du placenta et de l'utérus ne sont plus les mêmes qu'auparavant, et la circulation n'a plus lieu d'une manière normale entre ces deux organes. De là une accumulation de sang dans les vaisseaux de l'encéphale, qui constitue l'état apo-

plectique, et qui devient une véritable apoplexie, lorsque le sang s'épanche à la surface des méninges ou dans l'intérieur même de la substance cérébrale. L'enfant qui vient ainsi au monde a la surface du corps, la face surtout, d'une teinte livide, violette, ou plutôt bleu noirâtre; ses membres sont flexibles, mais sans ressort; son corps conserve de la chaleur, et les pulsations, tant du cordon que du cœur, n'ont plus lieu que d'une manière obscure ou insensible. La première indication, la plus pressante, est de faire cesser l'engouement du cerveau. On y parvient en coupant promptement le cordon, et laissant couler une petite quantité de sang. Si la respiration ne s'établissait pas sur-le-champ, on porterait le doigt dans l'arrière-bouche, pour enlever les mucosités qui pourraient s'y trouver. Ces moyens ne suffisant pas encore, et le cordon ne donnant plus de sang, ou n'en fournissant pas assez, on y pratiquerait une nouvelle section un peu plus haut ; on plongerait l'enfant dans un bain tiède, on le frictionnerait avec de l'eau acidulée. Dès que la respiration entre en jeu, on arrête le sang; la teinte violacée des tégumens disparaît peu à peu, faisant place à une couleur rosée, qui se manifeste d'abord sur les lèvres, puis sur les joues et sur le reste du corps.

Dans l'asphyxie des nouveaux-nés, la peau est d'une pâleur extrême, les chairs sont molles et flasques, la chaleur du corps est diminuée, les battemens du cœur persistent, la respiration ne s'accomplit pas, bien qu'on aperçoive quelquefois des efforts tendant à l'établir. Cet état a lieu chez les enfans d'une complexion débile, à la suite d'un accouchement laborieux et d'un travail lent, dans lequel les contractions, sans être assez énergiques

pour déterminer l'expulsion du fœtus, ont cependant suffi pour changer les rapports entre l'utérus et le placenta, de manière que l'enfant, continuant de donner du sang sans en recevoir de nouveau, s'affaiblit proportionnellement à la durée de ces conditions anormales. On peut apprécier d'après cela la valeur du précepte donné par quelques praticiens, qui veulent qu'on ne coupe pas le cordon, sous prétexte que le sang de la mère pourra rappeler l'enfant à la vie. Il faut, au contraire, opérer de suite cette section et la ligature, si l'on ne veut pas qu'il continue de s'affaiblir. On lui débarrasse la bouche des mucosités qui peuvent y être contenues ; on le frictionne avec la main ou une flanelle sèche ; on lui percute légèrement les épaules et les fesses ; on le tient exposé devant un feu clair ; on le plonge dans un bain d'eau chaude, mêlée avec du vin ou de l'eau-de-vie. Il peut être utile de titiller les narines avec une barbe de plume imbibée de vinaigre ou de jus de citron ; mais il faut bien se garder de recourir à l'ammoniaque, qui exercerait une action cautérisante sur la membrane muqueuse nasale; nous avons vu un enfant périr d'une espèce de faux croup que ce moyen irrationnel avait provoqué. Les lavemens de fumée ou de décoction de tabac sont peu efficaces. L'insufflation pulmonaire a souvent réussi ; seulement on doit la pratiquer avec ménagement, dans la crainte d'occasionner la rupture des extrémités de l'arbre bronchique, qui entraînerait l'emphysème du poumon et la mort.

Lorsqu'une fois la respiration est établie chez l'enfant, la circulation commence à prendre chez lui la nouvelle route qu'elle continue de suivre chez l'adulte.

La ligature du cordon serait donc inutile si la respiration se faisait toujours bien. Mais cette fonction peut être troublée, suspendue, par des douleurs qu'éprouve l'enfant, par une compression de la poitrine, ou par toute autre cause; il pourrait aussi se faire alors que la circulation vînt à se rétablir telle qu'elle a lieu dans l'utérus, et qu'une hémorrhagie se manifestât, ce dont on possède effectivement quelques exemples. La prudence commande donc de lier le cordon.

Pour pratiquer cette ligature, on emploie, non pas un simple fil, qui pourrait couper le cordon, mais un ruban étroit ou un cordonnet préparé avec quelques brins de gros fil ciré. On la place à deux pouces de l'ombilic, et on la serre assez pour oblitérer les vaisseaux, sans couper leurs parois. Si le cordon était fort épais, gras, comme on dit, une seule ligature ne suffirait pas; le reflux ou l'évaporation de la gélatine de Warthon, la relâcherait bientôt au point de permettre aux vaisseaux de reprendre leur calibre, et une hémorrhagie deviendrait possible. On doit alors faire quelques mouchetures sur le cordon, et l'entourer de deux ligatures placées à une certaine distance l'une de l'autre. Il faut aussi que le lien ne porte pas sur la peau, quand celle-ci se prolonge sur le cordon, car il en résulterait de la douleur pour l'enfant, et une inflammation ulcérative dont la guérison pourrait offrir des difficultés. Le public croit que la saillie ou la rentrée de l'ombilic dépend de la manière dont le cordon a été coupé; c'est une erreur. Le cordon se sépare toujours en un point déterminé d'avance, et l'on peut prévoir quelle forme aura le nombril d'après la manière dont les tégumens de l'abdomen se comportent à l'égard du cordon; si la

peau se prolonge sur ce dernier, l'ombilic fera saillie; il sera rentrant, au contraire, si c'est le cordon qui s'étend sur le ventre.

Le cordon étant lié, on s'occupe de nettoyer l'enfant, dont le corps est souillé de mucosités, de sang et d'enduit sébacé.

Si on laissait subsister l'enduit sébacé, il pourrait contracter des qualités irritantes, et devenir cause d'érysipèles. On doit donc l'enlever; mais il n'est pas miscible à l'eau. La plupart des garde-malades se contentent de frictions avec un linge sec, qui ne le détachent jamais complétement. On le fait disparaître d'une manière à la fois expéditive et facile, en frottant le corps de l'enfant avec de l'huile ou du beurre frais, et l'essuyant ensuite doucement avec un linge chaud, surtout aux aisselles, aux plis des aines et aux grandes lèvres chez les petites filles.

Lorsque cet enduit est enlevé, on plonge l'enfant dans un bain d'eau pure ou mêlée avec du vin, dont la température soit à vingt-cinq degrés environ. Les bains froids doivent être proscrits; car, sans compter bien d'autres inconvéniens, ils pourraient donner lieu à l'induration du tissu cellulaire. On doit aussi s'abstenir des lotions avec le vin pur, et surtout avec l'eau-de-vie. Le vin, en irritant la peau, détermine quelquefois l'apparition de petits boutons, qui se terminent par la suppuration, et même entraînent la mort, ainsi que Baudelocque en cite un exemple. De tels accidens sont rares sans doute; mais le praticien doit savoir qu'ils sont possibles.

L'enfant bien nettoyé et bien essuyé doit être emmaillotté; mais, auparavant, il faut mettre le bout du

cordon ombilical à l'abri des tiraillemens. On l'entoure d'un carré de linge fin percé, à son centre, d'un trou assez grand pour lui livrer passage, on le place sur la partie supérieure gauche de l'abdomen, à cause de l'affaissement que le foie doit éprouver, et on recouvre le tout d'une seconde compresse maintenue par une bande qui fait deux fois le tour du corps, en le serrant médiocrement. La portion libre du cordon ne tarde pas à se dessécher; une ligne de démarcation s'établit, vers l'ombilic, entre la gaîne et la peau du ventre, et il survient une inflammation ulcérative circulaire, qui détruit peu à peu les connexions avec le corps de l'enfant. Quand le cordon est gras, il ne se dessèche pas, mais laisse échapper un liquide âcre et irritant, qui fait quelquefois naître une phlegmasie érysipélateuse. La chute a lieu ordinairement le quatrième ou le cinquième jour, et presque toujours la cicatrisation est complète trente-six heures après. Cependant, chez certains sujets, il reste un léger suintement, qu'on a vu se prolonger jusqu'à six semaines ou deux mois. Chez d'autres, à la chute du cordon, on découvre des fongosités qui fournissent un peu de pus. Si ces bourgeons ne s'affaissent pas bientôt d'eux-mêmes, on cherche à les réprimer par des lotions avec du vin sucré, ou en les saupoudrant de sucre candi. Au besoin, on les détruirait en les liant avec un fil de soie.

Après la chute du cordon, le bandage doit être maintenu pendant cinq à six semaines. Si l'on ne soutenait pas la ceinture, on courrait le risque de voir survenir une hernie ombilicale. Les enfans nouveau-nés sont d'autant plus exposés à cet accident que leur cordon avait plus de volume, et par conséquent l'an-

neau plus de largeur. Cependant il ne tient pas toujours à ce qu'on a négligé de faire porter assez longtemps le bandage. Dans certains cas, qui ne sont pas très rares, il dépend d'un véritable vice de conformation. On a vu de ces hernies ombilicales congéniales qui avaient un volume énorme, au point de contenir une partie des viscères abdominaux, et jusqu'au foie lui-même. Mais ordinairement elles ont des dimensions bien moindres, et c'est à peine si une petite anse intestinale peut venir s'y loger. Voici le procédé que depuis long-temps nous employons avec succès pour en obtenir la guérison; nous faisons des sachets carrés d'un pouce à quinze lignes de diamètre, nous les emplissons d'écorce de chêne et de quinquina, nous les trempons ensuite dans du vin, et nous les appliquons sur l'ombilic, les maintenant à l'aide d'un bandage ordinaire. Nous n'avons vu aucune hernie ombilicale résister plus de deux mois à ce moyen. Les pansemens doivent être renouvelés deux ou trois fois par jour, et quand les sachets ont servi pendant cinq à six jours, on les remplace par d'autres.

C'est moins la convenance que l'usage que l'on consulte pour l'emmaillottement de l'enfant qui vient de naître. Chaque peuple, chaque classe de la société a son mode particulier. Cependant il est bon de signaler les inconvéniens de quelques méthodes, et de dire ce qu'il convient de faire. On couvre d'abord la tête d'une calotte en flanelle, par-dessus laquelle on pose un bonnet, puis on passe une chemise et une petite brassière de laine, qu'on fixe par-derrière avec des épingles, et l'on enveloppe le corps d'une couche et d'un lange piqué ou en laine. Les nouveaux-nés développant peu de

chaleur, il faut leur en communiquer; car autrement ils seraient exposés à des coliques et à des péritonites mortelles. Les langes sont serrés à la poitrine avec des cordons ou des épingles, et le bas en est relevé par-dessus les jambes. Un petit fichu entoure le cou. Après cette méthode, qui est celle qu'on suit généralement en France, nous aimerions encore celle des Anglais et des Américains, qui enveloppent seulement leurs enfans d'une longue robe ou d'une espèce de sac en flanelle; mais ils laissent le haut de la poitrine et les bras nus, ce qui peut donner lieu à des bronchites et à des pneumonies, maladies toujours graves chez les nouveaux-nés. A l'égard du maillot, l'important est qu'il ne comprime pas la poitrine au point de gêner la respiration; il doit être assez peu serré pour tomber de lui-même aux pieds quand on soulève l'enfant. A plus forte raison, faut-il proscrire les bandes étroitement serrées, dont on l'entoure encore dans certaines provinces, afin de le consolider et de pouvoir même, en cas de besoin, l'accrocher à la muraille, comme il est d'usage, par exemple, dans l'ancienne Normandie.

Tous ces détails demeurent la plupart du temps étrangers à l'accoucheur; mais il n'en doit pas moins les connaître, étant souvent appelé à diriger les garde-malades, et pouvant même se trouver placé dans des circonstances qui l'obligent de s'en charger.

Lorsque l'enfant doit être allaité par sa mère, il faut que celle-ci lui présente le sein aussitôt qu'elle est reposée, quatre, cinq ou six heures après l'accouchement. Quelques femmes manifestent déjà au bout de deux heures le désir de le faire, ce qui peut leur être accordé, si elles sont d'une complexion robuste. Quant

à la question elle-même de nourrir, les considérations de santé sont les seules que le praticien ait à examiner.

Les femmes atteintes de tubercules, ou même seulement appartenant à une famille dans laquelle on compte plusieurs phthisiques, ne doivent pas nourrir. L'expérience nous a démontré que l'allaitement détermine ou accélère la fonte de ces productions morbides, avec lesquelles on peut, en évitant toute excitation forte, fournir encore une carrière assez longue. Les mamelles de la femme qui nourrit deviennent le centre d'une fluxion dont le mouvement se propage bientôt aux poumons, et amène la catastrophe qui, sans cela, eût pu être évitée, ou du moins retardée. Nous avons connu des sœurs tuberculeuses dont celles qui avaient voulu nourrir ont succombé, tandis que celles auxquelles nous étions parvenu à faire abandonner ce projet ont vécu long-temps, et sont même devenues mères plusieurs fois. Les femmes qui digèrent habituellement mal, ou qui sont sujettes aux flux de ventre, ne doivent pas non plus allaiter; ayant déjà beaucoup de peine à réparer leurs propres pertes, elles ne pourraient suffire au surcroît de consommation qu'entraîne la nourriture d'un enfant.

On est assez généralement dans l'opinion que les enfans allaités par leur mère n'ont pas besoin d'être purgés, mais que ce secours est nécessaire aux autres. Les purgatifs doivent, dit-on, suppléer le premier lait de la femme, le colostrum, auquel, parce qu'il est plus riche en matière butyreuse, on attribue de rendre l'expulsion du méconium plus facile. Autrefois surtout, un enfant n'était jamais confié à une nourrice étran-

gère, sans qu'on commençât par lui administrer du sirop de chicorée, mêlé avec de l'huile d'amandes douces ou de l'eau, et l'on prétendait le garantir par là de l'ictère. Nous blâmons hautement cet usage. Le sirop nous paraît plus propre à faire naître qu'à prévenir l'ictère, par l'irritation qu'il détermine à l'estomac, aux intestins et au foie. Les accidens qui surviennent chez les enfans que leur mère ne peut allaiter elle-même, viennent fréquemment de ce que la nécessité d'attendre la nourrice fait qu'ils restent trop longtemps sans téter ; cette abstinence prolongée devient une cause de souffrance pour leur canal digestif, et le lait dont ensuite ils se gorgent avec avidité leur occasionne des indigestions dont les suites peuvent être plus ou moins graves.

Le lait des animaux est préféré par quelques personnes à celui d'une femme étrangère. C'est une erreur. Le lait d'un animal quelconque convient toujours moins à l'enfant que celui d'un être de son espèce. On n'y doit avoir recours que pour les enfans atteints de la syphilis, dont ils infecteraient la nourrice à laquelle on les confierait, et alors le mieux est de le faire prendre au pis même, en accordant la préférence à la chèvre, qui, sous tous les rapports, présente plus de commodité qu'aucun autre animal. Les avantages de cette lactation directe sont grands. L'enfant prend un lait dont la température égale la sienne propre, et qui par conséquent ne l'expose pas à des coliques, comme celui qu'on lui présente de toute autre manière, et dont le degré de chaleur ne peut que très difficilement être toujours le même; mais surtout il est obligé de le téter, c'est-à-dire de l'aspirer à l'aide d'un mou-

vement actif de ses muscles masticateurs qui stimule les glandes salivaires; or, la salive exerce sur le lait la même influence que sur les autres alimens, elle contribue à en rendre l'assimilation plus facile, car l'insalivation n'est en réalité qu'un premier degré de la digestion.

Quoique la méthode de faire téter l'enfant ait d'incontestables avantages, les circonstances ne permettent pas toujours de l'employer. Alors on a recours au petit pot et au biberon.

De ces deux modes, le biberon est bien supérieur à l'autre, puisque c'est celui qui se rapproche le plus de l'allaitement naturel. Il consiste à mettre le lait dans une fiole, et à le faire téter au moyen d'un mamelon artificiel en linge, en ivoire ou en tétine de vache. Une éponge couverte de batiste ou de mousseline n'a point les mêmes avantages que le mamelon artificiel; si elle est trop serrée, son peu de perméabilité oblige l'enfant à des efforts qui le fatiguent; si elle ne l'est point assez, l'enfant ne tette plus, il boit, et l'on tombe dans les inconvéniens du petit pot.

Ce dernier mode est le plus défectueux de tous, surtout quand la mère ne s'en charge pas elle-même, et qu'on l'abandonne à des mains mercenaires. D'un côté, il est rare qu'on donne toujours le lait en même quantité, au même degré de consistance, à la même température. D'un autre côté, l'enfant qui ne fait que boire, n'insalive pas le liquide, dont la digestion devient plus difficile. De là des irritations gastro-intestinales, qui amènent le marasme et la mort. Il a fallu renoncer au petit pot dans les établissemens publics de charité, où il élevait la mortalité à un chiffre effrayant. On a calculé

que, sur dix enfans soumis à ce mode d'alimentation, sept périssent, tandis qu'on en élève plus de la moitié quand on a recours au biberon ou à une nourrice, et plus de sept dans le sein même de la famille.

Le choix d'une nourrice n'est pas chose indifférente, car la santé de cette femme peut exercer de l'influence sur l'enfant qu'on va lui confier. Il faut rejeter les nourrices issues de parens phthisiques, celles dans les familles desquelles les dartres, les scrofules sont héréditaires, et à plus forte raison celles qui portent elles-mêmes des traces évidentes de ces états morbides, de ces dyscrasies. Une bonne nourrice doit avoir la poitrine large, la respiration facile, et un embonpoint médiocre. Trop grasse, elle ne fournit qu'un lait séreux, l'organisme s'appropriant chez elle la presque totalité des matériaux fournis par l'assimilation. Trop maigre, elle peut, à la vérité, nourrir, et même très bien, mais toujours à son détriment. Il faut qu'elle ait de bonnes dents, car une femme qui mâche bien digère bien aussi, et son lait a de bonnes qualités; d'ailleurs, de mauvaises dents communiquent à l'haleine une odeur fétide, qui peut nuire à l'enfant. Les seins doivent être volumineux, durs, mobiles, et parsemés de veines bleuâtres, les mamelons saillans, érectiles et environnés de petits tubercules. En pressant avec le doigt, le lait doit sortir par un grand nombre de trous; s'il ne s'échappe que par quatre ou cinq, la nourrice est mauvaise. Il faut que ce liquide soit abondant et d'un blanc mat, ou d'une teinte légèrement bleuâtre en masse. Une goutte de bon lait, placée sur l'ongle, y adhère, et quand on incline le doigt, coule en faisant queue; si elle tombe en nappe, c'est une

preuve que le lait n'a point assez de consistance. Quant aux caractères qu'on a voulu tirer, dans ces derniers temps, de l'inspection microscopique, nous pensons qu'ils ne peuvent être invoqués qu'à titre d'auxiliaire, et qu'on ne doit pas leur accorder une confiance absolue.

Pour associer les alimens au lait, il n'y a point de règles fixes. Nous commençons à donner des alimens quand la mère ou la nourrice se sent fatiguée, ou quand, malgré l'abondance du lait, l'enfant ne prend point un accroissement uniforme, c'est-à-dire reste stationnaire après avoir grandi. L'époque varie donc, suivant un grand nombre de circonstances, depuis six semaines jusqu'à quatre mois; mais jamais nous ne dépassons ce dernier terme. Afin de suivre une marche analogue à celle de la nature, qui ne fait rien par saccades, nous prescrivons d'abord l'aliment qui a le plus d'analogie avec le lait de la femme, celui des animaux. Certains enfans ne parviennent point à le digérer : il faut alors le mitiger en y ajoutant un tiers d'une légère décoction de gruau, mélange dont on fait prendre une tasse matin et soir. On laisse l'enfant à ce régime pendant un mois; puis on en vient au petit pot, ensuite à la crème de riz bien claire, aux panades sucrées ou salées, dont on augmente progressivement la quantité. La bouillie est un aliment indigeste, qu'il faut proscrire, à moins qu'elle n'ait été faite avec de la farine légèrement torréfiée. L'estomac ressemble à tous les autres organes; il a besoin d'éducation. Les substances qu'on lui confie doivent donc être graduées sous le rapport et de leur nature et de leur quantité; on doit en outre les varier, pour découvrir celles dont il s'accommode le mieux.

Il ne supporte les potages au gras qu'après avoir acquis déjà un certain degré de force. On commence, vers trois à quatre mois, par un de ces potages et deux au lait, puis peu à peu on ne donne qu'un seul de ceux-ci et deux des premiers; de cette manière, on arrive graduellement au sevrage. Dans l'ordre naturel, il faudrait attendre la première dentition pour sevrer l'enfant; mais les usages ne le permettent point, et c'est pour cela qu'on est obligé de commencer à donner des alimens avant de cesser la lactation, car un enfant qui n'aurait fait que téter serait difficile à sevrer, même à dix-huit mois, tandis que les autres peuvent l'être à huit ou dix. Au reste, jamais il ne faut opérer brusquement le sevrage; en négligeant cette importante précaution, on suscite des maladies inflammatoires, trop souvent ensuite mises sur le compte de la dentition, qui en est bien innocente.

CONSIDÉRATIONS

SUR

LES PERFORATIONS DU PÉRINÉE

ET SUR LE PASSAGE DE L'ENFANT A TRAVERS CETTE PARTIE (1).

Lues dans la séance de l'Académie royale de Médecine du 1er juin 1830.

PAR M. LE PROFESSEUR MOREAU.

La cloison musculo-membraneuse qui termine inférieurement le bassin, qui sépare la vulve de l'anus, est sujette, dans le dernier temps de l'accouchement, à des lésions plus ou moins étendues.

Les simples déchirures du périnée sont trop fréquentes et trop peu graves, lorsqu'elles n'intéressent pas le sphincter de l'anus ou l'intestin rectum, pour que je veuille en entretenir l'Académie : mais il est une autre espèce de lésion beaucoup plus rare, dans laquelle l'enfant et ses annexes passent à travers le périnée, en laissant intacts la commissure postérieure de la vulve et l'anus. Cette espèce de lésion, que je désignerai sous le nom de perforation du périnée, pour la distinguer des simples déchirures, mérite, je pense, de fixer l'attention des pratitiens, d'autant plus que les causes de cet

(1) Extrait de la *Revue médicale*, juin 1830.

accident me paraissent avoir été méconnues ou mal appréciées.

Au premier abord on conçoit difficilement comment une partie qui n'a ordinairement que dix-huit lignes d'étendue puisse se prêter à une ampliation suffisante pour permettre le passage d'un corps aussi volumineux que l'est celui d'un enfant naissant : mais avant de chercher à expliquer comment la chose arrive, commençons par exposer des faits.

Je rapporterai, 1° une observation tirée de la pratique de M. Evrat, et que j'ai été à même de recueillir, puisque j'ai donné des soins à la malade, depuis le moment de l'accident jusqu'à celui de son entier rétablissement; 2° je rapprocherai de cette première observation les faits analogues qui me sont connus; 3° je tâcherai ensuite déterminer les causes qui ont pu donner naissance à cet accident; 4° j'indiquerai les moyens qui me paraissent propres à le prévenir; 5° enfin j'indiquerai les conséquences pratiques qu'on peut tirer de ces faits.

Madame D., demeurant à Paris, quartier Poissonnière, près des grands boulevards, âgée de dix-neuf à vingt ans, d'un tempérament sanguin, arrivée heureusement au terme d'une première grossesse, accoucha le 3 mars 1815. Le travail s'annonça convenablement, et suivit une marche régulière : l'enfant se présentait dans la quatrième position de la tête; la dilatation du col de l'utérus se fit dans l'espace de cinq à six heures, la rupture de la poche des eaux eut lieu naturellement; lorsque la dilatation fut complète, la tête s'engagea sans beaucoup de peine dans l'excavation pelvienne; mais lorsqu'elle fut arrivée au point de fran-

chir le détroit périnéal, elle éprouva des difficultés assez grandes pour arriver sous l'arcade du pubis. Dans une douleur très vive, M. Evrat, qui assistait cette jeune dame, crut sentir que le milieu du périnée, qui répondait à la paume de sa main, perdait de son épaisseur, de son élasticité, et cédait d'une manière sensible à la pression que la tête de l'enfant venait d'exercer sur lui. Il réfléchissait comment il pourrait s'opposer à la déchirure du périnée, qui lui paraissait imminente, lorsqu'une douleur énergique dont il ne put modérer l'effet, vint expulser l'enfant, mais de telle sorte, que la tête, au lieu de s'échapper par les voies naturelles, passa à travers le périnée, en laissant au-devant d'elle la commissure postérieure de la vulve, et en arrière l'orifice de l'anus parfaitement intacts. La plaie irrégulière, résultat de cette perforation, s'étendait à droite dans la direction de la branche ascendante de l'ischion et descendante du pubis; elle dépassait en devant le niveau de la commissure postérieure de la vulve, et en arrière contournait un peu l'anus, puis elle se portait transversalement de droite à gauche, entre l'anus et la vulve, jusque près de la tubérosité de l'ischion du côté gauche.

La délivrance ne se fit pas long-temps attendre, et le placenta sortit par la voie qui avait donné issue à l'enfant. Un doigt porté dans l'anus donna l'assurance que l'intestin n'était pas compromis dans cette déchirure.

Cet accident, pour l'observation duquel M. Evrat m'avait fait appeler immédiatement, effraya beaucoup les parens de la jeune dame; leurs craintes furent bientôt dissipées par l'assurance que nous leur donnâmes

que cela n'aurait pas de suites fâcheuses, et surtout lorsque nous leur citâmes des exemples de femmes qui avaient éprouvé le même accident, et qui cependant s'étaient parfaitement rétablies.

Deux jours après, M. Evrat ayant été obligé de se rendre en Angleterre, pour assister une de nos princesses qui réclamait ses soins, je restai chargé de diriger cette dame dans les suites de sa couche; mais, jeune encore, je ne voulus le faire qu'aidé de la présence et des conseils de M. Désormeaux, qui continua à voir cette dame avec moi, jusqu'à son parfait rétablissement. Le traitement que nous suivîmes, et qui avait été arrêté de concert avec MM. Evrat et Désormeaux, fut extrêmement simple; nous nous contentâmes de faire coucher la malade sur le côté, les jambes et les cuisses rapprochées et dans un état de demi-flexion; nous pansâmes la plaie à plat, avec de lac harpie; nous eûmes soin de tenir la malade à un régime sévère, d'entretenir la liberté du ventre au moyen de lavemens, de laxatifs doux, dans la crainte que les efforts pour expulser des matières dures, et le passage de ces matières par l'anus, ne vinssent contrarier ou même rompre la cicatrice à mesure qu'elle s'établirait; nous agitâmes un instant la question de savoir s'il serait convenable de placer une canule de gomme élastique dans la vulve, pour faciliter l'écoulement des lochies par cette voie, et s'opposer à leur passage par la plaie; mais nous sentîmes que l'emploi de ce moyen n'était pas exempt d'inconvéniens, aussi nous ne nous arrêtâmes point à cette idée : d'ailleurs le gonflement qui survint bientôt dans les bords de la plaie s'opposa à tout passage des lochies par la déchirure. La malade

suivit ce régime avec une rare exactitude; au bout de cinq semaines de couches, elle était parfaitement guérie, et la plaie complétement cicatrisée.

Depuis, cette jeune dame est accouchée une seconde fois à terme et sans accident; la cicatrice a résisté aux efforts du travail; il n'y eut, lors du passage de l'enfant, qu'une légère déchirure à la fourchette, comme cela arrive souvent chez les femmes qui accouchent pour la première fois.

Les faits de la nature de celui que je viens de rapporter, quoique rares, sont déjà assez nombreux pour que nous puissions essayer d'assigner les causes qui peuvent les produire, et indiquer les moyens de les prévenir dans quelques cas.

Le plus ancien que je connaisse, quoiqu'il n'ait pas été observé dans l'espèce humaine, mérite cependant d'être rapporté ici, parce qu'il pourra, ce me semble, servir à répandre quelque jour sur les causes de l'accident qui nous occupe.

Harvey, dans ses *Exercitationes de generatione animalium*, rapporte l'exemple d'une jument blanche de la reine d'Angleterre, qui, à cause de sa rare beauté et dans l'intention de la soustraire aux approches du cheval, avait été bouclée; mais soit que cette précaution eût été prise trop tard, ou malgré cette précaution, cette jument ne laissa pas que d'être fécondée. Le terme de la gestation étant arrivé, le poulain ne pouvant échapper par la vulve, fut chassé à travers le périnée. Voici au reste comment s'exprime Harvey, auquel j'emprunte ce fait. Après avoir dit qu'il ignorait comment cette jument avait pu concevoir, il ajoute : *Tandemque, cum nihil tale suspicarentur,*

noctu peperit, pullusque vivens mane ad matris latera conspicitur. Id cum mihi nuntiaretur, adii illico locum, vidique ambo vulvæ labia annulis consuta, totumque pudendum versus sinistrum latus detrusum, abruptum, et a dextera coxendice laceratum, adeo ut, soluta, per incredibilem fœtus vim, partis robustissima unitate, facile ei per ingentem illum hiatum exitus patesceret.

En 1778, Nedey, chirurgien de Besançon, envoya à l'ancienne Académie royale de chirurgie une observation sur la rupture de la partie centrale du périnée, dans laquelle il dit qu'un enfant à terme passa, sans que la fourchette et le sphincter de l'anus eussent été déchirés; la plaie, examinée au sixième jour de l'accident, avait deux pouces quatre lignes de longueur, s'étendait le long du raphé de chaque côté de l'anus; elle avait la forme d'un Y, et offrait des déchirures ou des découpures dans plusieurs endroits. Ce fait, qui excita de l'étonnement dans l'Académie, ne parut douteux, dit Baudelocque, qu'aux personnes qui ne savaient pas combien le périnée est susceptible d'acquérir de développement dans le dernier temps de l'accouchement.

En 1788, un accident semblable arriva sous la main de Coutouly. Voici comment il s'explique à ce sujet : « Le 13 janvier 1788, je fus mandé chez madame de » la Luizerne, pour la dame Leroy, âgée de vingt-cinq » à vingt-six ans, d'une taille assez haute et maigre de » complexion : je l'avais accouchée l'année précédente » de deux jumeaux, à cinq mois et demi de grossesse; » elle était attaquée d'une toux des plus violentes, je » prescrivis tout ce qui pouvait la modérer.

» Le lendemain on vint me chercher pour cette » femme; elle était sur le lit de travail, et éprouvait » les plus vives douleurs de l'enfantement; elle me pa- » rut à l'instant d'accoucher; je la touchai; la tête dans » le petit bassin faisait des efforts contre le périnée » tellement distendu, que toutes mes vues se bornèrent » à faire en sorte d'en éviter la déchirure, tant par les » relâchans, que par le point d'appui que je faisais avec » la paume de la main sur cette partie. Je conseillai en » outre à la femme de ne point écarter les genoux et » de modérer les efforts incroyables qu'elle faisait dans » l'espoir d'être délivrée plus promptement.

» Toutes ces précautions devinrent inutiles; la partie » centrale du périnée fut déchirée; la tête continuant » d'être poussée avec la même violence contre ma main, » je me vis obligé de lui livrer passage à travers la dé- » chirure, et de faire par la même voie l'extraction » d'un enfant à terme, ainsi que celle du placenta, qui » le suivit immédiatement. Je cherchai aussitôt à m'as- » surer de ce qui s'était passé.

» Je remarquai, à un pouce au-dessus de l'anus, vers » le centre du périnée, un trou frangé, d'où partaient » deux déchirures, l'une qui suivait la direction du » raphé, s'étant arrêtée à peu de distance de la vulve, » et l'autre qui se déviait du côté droit, ce qui formait » une plaie qui avait à peu près la figure d'un Y.

» Le sphincter de l'anus, le rectum et la fourchette » n'avaient point été compris dans la déchirure. »

Coutouly décrit ensuite le traitement qu'il a fait suivre à la malade, pour laquelle Baudelocque fut appelé en consultation, et, après de légers accidens, la plaie fut cicatrisée au bout de cinq semaines.

Enfin il termine en disant que, si l'observation qu'il vient de rapporter peut conduire à la connaissance des causes de cette rupture que l'on ignore, et aux moyens de parer à celles qui sont connues, son objet sera rempli.

Thomas Denman, dans son *Introduction à la pratique des accouchemens*, rapporte, sous le nom de rupture particulière du périnée, un cas semblable, dans lequel l'enfant passa à travers la partie du périnée contiguë à l'anus, tandis que l'antérieure resta intacte. Il dit : « Je sentis un déchirement avant l'expulsion de » la tête que je guidais par le passage naturel, en sup- » pléant, par la paume de la main, le défaut du péri- » née. Les parties externes étaient chez cette femme » extrêmement roides et rétrécies, et comme je me » donnais beaucoup de peine pour les préserver, j'im- » putai plutôt cet accident à cette circonstance qu'à » la nécessité du cas. La femme ne se plaignit pas » beaucoup immédiatement après sa délivrance; mais » le jour suivant il survint aux parties une grande in- » flammation, accompagnée de suppression d'urine; » les lochies s'évacuèrent par la partie déchirée, » mais on ne vit pas sortir par le vagin de matières » fécales. » Par l'usage des fomentations, des cataplasmes, d'opiats, etc., les parties déchirées se trouvèrent réunies au bout de six semaines; la malade se rétablit bien, et accoucha depuis sans accident.

En 1811, M. Champenois a consigné dans le quarante-unième volume du *Journal général de médecine*, page 167, le fait suivant.

« La femme d'un négociant avait eu dans son en- » fance un dépôt aux environs de la fourchette, laquelle,

» dans le moment de l'accouchement, ne pût se relâ-
» cher. Le périnée, très tendu et aminci, s'ouvrit dans
» son centre, l'enfant en entier passa par cette ouver-
» ture, qui s'étendit jusqu'au sphincter de l'anus in-
» clusivement, accident affreux, que la personne qui a
» aidé cette femme aurait pu prévenir, si elle eût incisé
» le périnée. Je fus appelé dans le moment où l'enfant
» venait de sortir par cette ouverture; la fourchette
» était restée intacte de l'épaisseur d'un bon doigt; je
» conseillai de l'inciser pour ne faire qu'une seule plaie;
» mon avis ne fut pas suivi, on employa plusieurs
» moyens pour opérer la réunion; ils furent sans suc-
» cès. Au bout de quinze jours, M. Boyer fut appelé
» en consultation. Ce praticien célèbre opina pour l'in-
» cision de la fourchette; elle fut pratiquée; la malade
» guérit en peu de temps; mais elle a conservé une in-
» continence des matières stercorales. »

M. Champenois rapporte ensuite l'histoire d'une jeune femme, chez laquelle il prévint la perforation du périnée, en incisant, au moyen d'un bistouri conduit sur une sonde cannelée, un cercle dur, épais et calleux, résultat d'une brûlure des parties externes de la génération, que cette femme avait éprouvée dans sa tendre enfance; cette cicatrice, qui avait singulièrement rétréci la vulve, avait résisté à tous les efforts de la malade et aux divers moyens qui avaient été mis en usage pendant la durée du travail de l'enfantement.

En 1822, M. le docteur Joubert a publié, dans les *Bulletins de la Société médicale d'émulation*, une observation analogue, dont voici l'extrait.

Madame *** âgée de vingt-trois ans, parvenue au neuvième mois d'une première grossesse, le fit appeler

le 14 décembre 1812, à six heures du soir; l'orifice de l'utérus était peu dilaté, l'enfant se présentait par la tête dans une des trois dernières positions, ce qui ne fut reconnu qu'au moment du passage de la tête à travers le périnée; le travail fut lent, le col n'étant pas encore complétement dilaté; la malade fut saignée le 15 à quatre heures après midi, la tête se plongea bientôt, et peu de temps après l'accouchement se termina par la rupture de la partie centrale du périnée, dont la distension extrême lui donnait une étendue de cinq pouces au moins. La délivrance se fit par la plaie; il ne survint aucun accident, l'accoucheur fut fort effrayé, etc.

La déchirure s'étendait de chaque côté de l'anus, et avait la forme d'un Y; la plaie fut recouverte d'abord avec de la charpie imbibée d'une décoction émolliente, puis de charpie sèche recouverte de compresses graduées, fixées par un bandage en T; la malade fut couchée sur le côté, les jambes rapprochées par un lacs; on la soumit à une diète rigoureuse, des lavemens lui furent administrés régulièrement pendant douze jours, et au bout de cinq semaines la cicatrisation était complète.

La même femme, étant redevenue grosse, accoucha naturellement trois ans après, et sans éprouver le moindre accident.

A ces faits nous pourrions en ajouter encore un qui, au dire de Coutouly, a été observé et communiqué par Baudelocque à l'ancienne Académie royale de chirurgie; mais Baudelocque n'en fait mention dans aucune partie de son ouvrage, quoiqu'il ait rapporté en note celui de Nedey et celui qu'il a vu avec Coutouly.

A quelles causes peut-on attribuer cette série, cette succession de faits semblables ?

A l'époque où l'on regardait le fœtus comme l'agent de son expulsion, il était naturel de penser que, dans les efforts violens auxquels il était supposé se livrer pour rompre les liens qui l'unissent à sa mère, il devait être la cause des phénomènes de l'accouchement et des lésions qui pouvaient en être la suite ; aussi c'est ce que pensait Harvey, et le fait du poulain s'échappant à travers le périnée de la jument bouclée, est-il cité par lui comme une preuve irrécusable de la force qu'emploie le fœtus pour arriver au monde. Mais aujourd'hui qu'il est démontré que le fœtus est passif, ou à peu de chose près passif, dans l'accouchement, que l'agent de son expulsion réside dans l'action de l'utérus seul, dans quelques cas, et, dans le plus grand nombre, dans l'action simultanée de cet organe, des muscles abdominaux et du diaphragme, nous ne nous attacherons pas à combattre l'opinion d'Harvey, et surtout nous nous garderons bien de lui attribuer une influence marquée dans la production de l'accident qui nous occupe.

Dans le fait de Nedey, on attribue cette déchirure à la situation défavorable de la femme, au moment où les efforts de la tête contre le périnée tenaient cette partie dans une tension considérable, avec d'autant plus de raison, ajoute Coutouly, que la sage-femme, voyant les douleurs se ralentir, et la femme pressée par des envies d'aller à la garde-robe, renversa une chaise de bois, entre les piliers de laquelle elle plaça le pot de nuit; elle fit ensuite asseoir la patiente sur cette espèce de chaise percée; c'est dans cette position qu'à la deuxième

douleur, l'enfant se mit à crier, et qu'il fut retiré de dessous la chaise.

Nous ne doutons pas qu'une position aussi vicieuse de la femme n'ait contribué pour quelque chose à la production de cette déchirure, mais nous croyons cependant qu'elle ne doit pas en être regardée comme la cause unique, comme la cause principale.

Doit-on attribuer ces perforations à ce que le périnée a été mal soutenu, ou ne l'a pas été du tout? Mais alors pourquoi cet accident n'arrive-t-il pas plus souvent? pourquoi ne l'observe-t-on pas chez les femmes qui accouchent seules ou sans le secours d'une personne de l'art? D'ailleurs, les hommes sous la main desquels les faits que j'ai cités plus haut sont arrivés, étaient trop versés dans la pratique de l'art des accouchemens pour qu'on puisse attribuer à leur négligence ou à leur impéritie un accident qu'ils n'ont pu prévenir. Il faut donc qu'il y ait d'autres causes; c'est ce que nous allons tâcher de déterminer.

La perforation du périnée me semble dépendre de causes très différentes; les unes sont prédisposantes, les autres déterminantes.

Parmi les causes prédisposantes, les unes sont relatives à la mère, les autres sont inhérentes au fœtus lui-même.

Du côté de la mère, je mettrai en première ligne certains vices de conformation du bassin; ainsi, 1° une trop grande saillie de l'angle sacro-vertébral, qui, en portant trop en arrière l'extrémité inférieure du sacrum et le coccyx, en agrandissant le diamètre coccy-pubien du détroit périnéal, en reportant plus en bas et en arrière l'axe de ce détroit, en diminuant l'inclinai-

son du plan qui doit diriger la tête de l'enfant d'arrière en avant, sous la symphyse des pubis, la contraint de séjourner plus long-temps sur le périnée, la fait porter avec plus de force et plus perpendiculairement sur cette partie.

2° Un allongement trop considérable de la symphyse des pubis, qui, en maintenant la tête trop long-temps dans un état de flexion forcée, s'oppose à son mouvement d'extension et de dégagement sous cette même symphyse, la force à se porter plus en bas et en arrière, et à laisser au-devant d'elle une plus grande partie du périnée.

3° Le resserrement de l'arcade des pubis produira encore des effets analogues.

4° Une obliquité antérieure de l'utérus à un certain degré pourrait, dans quelques cas, avoir le même résultat.

5° Une trop grande largeur du périnée. Quoique cette partie n'ait, en général, que seize à dix-huit lignes d'étendue chez la plupart des femmes qui n'ont pas eu d'enfant, cependant je suis convaincu que chez quelques sujets cette étendue est bien plus considérable : c'est même à cette étendue variable du périnée qu'il faut attribuer en grande partie la proportion inverse de celle de la vulve. Quand le périnée a plus d'étendue qu'il ne doit en avoir, il en résulte d'un côté plus d'étroitesse dans l'ouverture qui doit livrer passage à l'enfant, de l'autre plus de difficulté pour que la commissure postérieure de la vulve glisse sur la tête de cet enfant.

6° Enfin un obstacle quelconque du côté de la vulve, tel qu'une occlusion résultant de l'adhésion des gran-

des lèvres, une cicatrice vicieuse, un premier enfantement, en un mot toute circonstance capable de s'opposer, ou seulement de rendre difficile la sortie de la tête, sont du côté de la mère autant de causes prédisposantes de l'accident qui nous occupe.

Du côté de l'enfant, je rangerai parmi ces causes, dans le dernier temps du travail, 1° le défaut d'extension de la tête pour la sortie de l'occiput dans les trois premières positions du sommet;

2° Le défaut de rotation de la tête dans les trois dernières positions;

3° Le défaut de flexion de la tête, quand la face se dégage en devant, c'est-à-dire sous la symphyse du pubis.

En effet, toutes les fois que la tête se présente dans l'une des trois dernières positions du sommet, ou, si on l'aime mieux, toutes les fois que l'occiput correspond à la moitié postérieure de la circonférence du bassin, l'occiput n'arrive qu'avec infiniment de peine derrière la symphyse du pubis, et très souvent il n'y arrive pas; ce qui le force dans ce cas à se dégager au-devant du périnée. Dans ces circonstances, le front, ayant ordinairement une largeur trop considérable pour se dégager sous l'arcade des pubis, reste appliqué derrière la symphyse de ces os; la tête éprouve d'abord un mouvement de flexion antérieure très forcé, pendant toute la durée duquel l'occiput glisse lentement et péniblement sur le plan incliné que lui offre le coccyx et le périnée. Si ce mouvement de flexion antérieure de la tête n'est pas porté aussi loin qu'il est nécessaire pour faire arriver la tête au-delà de la commissure postérieure de la vulve, l'occiput appuie sur le centre

du périnée, s'y arrête, le presse fortement, et la perforation peut avoir lieu.

Telles sont, ce me semble, les causes prédisposantes de ces perforations. Mais, de toutes ces causes, celles qui me paraissent avoir le plus d'influence, sont la présentation de la tête dans les trois dernières positions du sommet, les obstacles qui peuvent se rencontrer à la vulve, et la trop grande largeur du périnée.

Quant aux causes déterminantes, nous les trouvons dans celles de l'accouchement même; elles consistent dans l'action brusque et énergique de l'utérus, des muscles abdominaux et du diaphragme.

Lorsqu'une ou plusieurs des causes énoncées ci-dessus se trouvent réunies, la tête étant plongée dans l'excavation pelvienne et arrivant au détroit périnéal, disons comment les choses se passent. Si ces contractions sont vives; si la femme qui les éprouve est forte; si les efforts auxquels elle se livre pour hâter sa délivrance, sont proportionnés à l'intensité des douleurs, le périnée distendu outre mesure ne pourra bientôt plus s'allonger, il sera obligé de se rompre; mais la rupture se fera différemment, suivant que la tête exécutera ou non le mouvement d'extension qui doit favoriser sa sortie. Si l'occiput est déjà engagé dans la vulve, la déchirure se fera comme à l'ordinaire, c'est-à-dire qu'elle commencera par la fourchette et la commissure postérieure de la vulve, et s'étendra, en suivant le raphé, jusqu'auprès de l'anus; quelquefois même elle intéressera plus ou moins le sphincter ou la fin de l'intestin rectum, ainsi qu'on peut en citer plusieurs exemples. Si, au contraire, l'occiput n'est point engagé dans la vulve, que le mouvement d'extension

de la tête ne se fasse pas, la déchirure du périnée arrive par son centre, en commençant de dedans en dehors; d'abord, c'est la membrane muqueuse qui tapisse la partie inférieure du vagin qui se rompt derrière la fourchette, celle-ci restant intacte. Par le fait de cette première déchirure, la vulve cesse d'être tiraillée; les grandes lèvres éprouvent une rétraction qui tend à porter en devant et à rapprocher de plus en plus la commissure postérieure de la vulve de la symphyse des pubis, et, par conséquent, à allonger le périnée dans ce sens. Il résulte de là que le périnée ne peut plus glisser en arrière, comme il aurait dû le faire; qu'il coiffe la tête de l'enfant; que cette tête, qui rencontre en devant la fourchette intacte et qui s'éloigne d'elle, a moins de difficultés à vaincre pour déchirer les graisses et les différentes parties qui composent le périnée, qu'elle n'en éprouverait pour suivre la route que la nature lui avait tracée. Si la douleur est vive et bien soutenue par les efforts de la femme, la perforation se fait instantanément.

Une semblable déchirure effraie beaucoup les assistans; mais, d'après les faits que nous venons de rapporter, on voit que le pronostic est peu fâcheux, qu'en général cette plaie se cicatrise assez promptement, et sans que les malades en éprouvent de grands accidens, lorsque toutefois le sphincter de l'anus ou l'intestin rectum ne sont pas intéressés; car, dans ces circonstances, il arrive souvent que les femmes restent exposées à l'incommodité dégoûtante de rendre continuellement et involontairement les matières stercorales, qui, quelquefois avant de s'échapper au dehors, se

rendent dans le vagin, et transforment cet organe en un véritable cloaque. On a pu voir également par le fait de Denman et ceux de MM. Joubert et Evrat, que cette perforation n'a eu aucune influence sur les accouchemens suivans, puisque les femmes sont accouchées aussi naturellement que si elles ne l'eussent pas éprouvée.

Y a-t-il quelque moyen de prévenir une semblable rupture? Si les causes que j'ai indiquées sont exactes, je pense non seulement que dans beaucoup de cas on pourra prévenir, mais qu'on prévient en effet cette perforation:

1° En combattant pendant la durée du travail, par des moyens convenables, et qu'il serait trop long d'énumérer ici, les effets préjudiciables de quelques unes des causes prédisposantes, telles que la saillie trop considérable de l'angle sacro-vertébral, l'obliquité antérieure de l'utérus, etc.;

2° Dans le dernier temps du travail, en favorisant le mouvement d'extension ou de flexion de la tête, suivant la position dans laquelle elle se trouve; en soutenant convenablement le périnée; en favorisant par tous les moyens appropriés le relâchement, la dilatation et le glissement de la vulve et du périnée: en laissant la femme dans une position parfaitement horizontale; en modérant autant que possible les efforts auxquels elle se livre; enfin, si toutes ces précautions étaient inutiles, en recourant de bonne heure à l'application du forceps, soit comme moyen d'accélérer les mouvemens que la tête doit exécuter, soit comme moyen efficace de corriger la position vicieuse que cette tête tend quelquefois à conserver.

Devrait-on, en pareilles circonstances, recourir à la section du périnée, comme la chose a été faite dans d'autres vues par différentes personnes, et dans celle qui nous occupe par M. Champenois? Il est certain que, de tous les moyens que nous avons proposés, celui-ci serait le plus efficace; mais il me semble qu'un semblable conseil ne doit pas être donné d'une manière absolue et sans restriction aucune, 1° parce que, dans la majeure partie des cas, il est évident que cette section est inutile; 2° parce que, dans quelques circonstances, elle pourrait être nuisible; 3° enfin, dans la crainte que des personnes peu versées dans la pratique des accouchemens ne soient tentées d'y recourir toutes les fois que la tête de l'enfant éprouverait des difficultés pour sortir, ou toutes les fois qu'elle séjournerait quelque temps au passage.

En conséquence, pour parer à l'abus qu'on pourrait faire de la section du périnée et aux inconvéniens qui pourraient en être la suite, il est important de bien préciser les circonstances dans lesquelles elle peut être nécessaire. C'est pourquoi j'en restreindrai l'usage aux seuls cas dans lesquels il existe des brides, des adhérences vicieuses, des cicatrices dures, peu ou pas extensibles, comme dans le cas rapporté par M. Champenois; encore faut-il, pour que cette section soit véritablement utile, qu'elle soit faite avec tous les soins, toutes les précautions convenables. Ainsi, je pense qu'elle ne devrait porter que sur la bride, sur la cicatrice; dans quelques cas même, elle ne devrait l'intéresser qu'en partie; et, dans tous les cas, je crois qu'on ne devrait pas l'étendre au-delà; car alors on s'exposerait à faire une ouverture trop grande. Si, la bride

une fois coupée, l'ouverture était encore trop petite, je suis convaincu que la tête de l'enfant en s'échappant saura bien l'agrandir au degré convenable.

Lorsque l'accident est arrivé, le traitement qu'il convient de suivre est, comme on l'a vu, extrêmement simple ; celui que nous avons suivi a consisté à faire rapprocher les jambes de la malade, à la maintenir couchée sur le côté dans un état de demi-flexion. Coutouly et Joubert avaient eu la précaution d'assujettir les jambes de la malade au moyen d'un lacs, chose que nous n'avons pas jugé à propos de faire, et nous n'avons pas eu lieu de nous en repentir ; de recouvrir la plaie avec des plumasseaux de charpie sèche, ou imbibée d'une décoction émolliente, ou recouverte d'un cataplasme de même nature, le tout assujetti avec un bandage en T; d'entretenir la liberté du ventre au moyen de lavemens ou de laxatifs doux; de tenir la malade à la diète ou à un régime sévère ; de combattre les accidens inflammatoires, la rétention ou la difficulté d'uriner, par des moyens appropriés, comme cela a eu lieu dans le fait de Coutouly et dans celui de Denman ; mais je ne crois pas nécessaire de placer une mèche effilée dans la vulve, comme l'avait conseillé Baudelocque, et encore moins d'y mettre une canule de gomme élastique. Par ces moyens simples, dans l'espace de trente à quarante jours, cette plaie est ordinairement conduite à une guérison parfaite.

De ces considérations je conclus que, pour que la perforation du périnée ait lieu, il faut,

1° Le concours d'une au moins, ou de plusieurs des causes énoncées ci-dessus;

2° Que l'enfant soit d'une taille moyenne ;

3° Que la mère soit forte, que les contractions utérines soient franches, énergiques, et soutenues par une volonté, un désir, un besoin pressant d'être promptement délivrée;

4° Que cette perforation, quelque grave qu'elle paraisse au premier abord, est cependant peu fâcheuse par elle-même, puisque, dans les différens cas que j'ai cités, elle n'a été accompagnée que d'accidens légers et tels qu'on en observe souvent à la suite de l'accouchement le plus naturel;

5° Qu'elle paraît n'influer en rien sur la terminaison des accouchemens subséquens;

6° Que, sous le rapport de la pratique, elle pourrait autoriser à tenter, avec quelques chances de succès, l'emploi de points de suture entrecoupée ou entortillée, dans le cas de simple déchirure du périnée, pour les personnes qui auraient un intérêt majeur à faire disparaître les traces d'une semblable lésion;

7° Enfin, sous le rapport de la médecine légale, elle confirme ce qu'on savait déjà, que l'intégrité de la vulve n'est pas plus une preuve qu'une femme n'a pas eu d'enfant, que l'intégrité de l'hymen n'est un signe indubitable de sa virginité.

OBSERVATION

SUR

UN CAS D'ACCOUCHEMENT DIFFICILE

PAR LA PRÉSENCE

D'UNE TUMEUR DANS L'EXCAVATION DU BASSIN (1),

PAR M. LE PROFESSEUR MOREAU.

Les tumeurs qui peuvent opposer des obstacles à la parturition ont été à peine notées dans les traités dogmatiques sur l'art des accouchemens, quoiqu'elles soient une des circonstances les plus graves de cette fonction entourée de tant de douleurs et de dangers. Cette considération nous a porté à réunir ici une notice des principaux faits analogues.

Nous passerons sous silence les cas, heureusement très rares, de tumeurs osseuses ou d'exostoses; cas d'ailleurs moins graves que les autres, puisque ces tumeurs, très lentes dans leur développement, pourraient être reconnues avant la grossesse.

Les corps fibreux de l'utérus ne se développent ordinairement qu'après l'époque passée de la conception, et, n'étant pas toujours situés assez bas dans la lon-

---

(1) Extrait des *Bulletins de la Faculté de médecine de Paris*, 1820, n° 5.

gueur de l'utérus pour s'opposer au passage de l'enfant dans le détroit supérieur, apportent rarement des obstacles à l'enfantement. Cependant Béclard a vu à l'hospice de la Maternité, en 1813, un cas de ce genre, dans lequel un corps fibreux de l'utérus remplissait le bassin, de manière à ne laisser qu'un espace de dix-huit lignes environ de diamètre transverse. L'enfant, qui était mort, sortit spontanément très aplati. La femme guérit. Un autre cas a été communiqué par M. Chaussier. L'enfant fut extrait mort, la femme mourut aussi, et l'utérus, qui contenait, dans l'épaisseur de la lèvre postérieure de son col et de son orifice, une tumeur fibreuse grosse comme la tête de l'enfant, fut présenté à la Société.

Les tumeurs qui ont leur siége dans les annexes de l'utérus, et surtout dans les ovaires, quoiqu'elles soient rares pendant la durée de la fécondité de la femme, apportent cependant trop souvent encore des obstacles, et de grands obstacles, à l'enfantement.

Voici la notice de quelques uns des faits de ce genre.

1° Dans un cas, que Mackensie rapportait en 1766, on fit la version de l'enfant : la mère et l'enfant moururent (1);

Denman rapporte deux cas de ce genre, d'après le docteur Ford ;

2° Dans un des cas, on pratiqua la céphalotomie : la mère mourut ;

3° Dans le deuxième cas, on ouvrit la tumeur : l'en-

(1) *Med. chir. trans.*, vol. X.

fant vint au monde vivant, et la mère vécut six mois. Merriman, qui rapporte ce fait, en donne une relation différente (1);

4° Van Doeveren, dans un cas semblable, retourna l'enfant : la mère et l'enfant moururent;

5° Baudelocque, dans un même cas, fit de même, et eut le même résultat fâcheux.

Park rapporte six cas de ce genre, dans un mémoire (2);

6° Dans un cas, on pratiqua la céphalotomie : la mère guérit. On suppose que la tumeur se creva;

7° Un autre cas renferme l'histoire de plusieurs accouchemens de la même femme; dans le sixième accouchement, on incisa la tumeur par le vagin : l'enfant fut expulsé avec peine, la femme se rétablit avec difficulté;

8° Dans le cas suivant, l'expulsion fut abandonnée à la nature : la mère mourut. On ne sait si l'enfant vécut;

9° Dans un autre, la tumeur fut ouverte, on pratiqua ensuite la céphalotomie : la mère guérit et accoucha depuis;

10° Dans un autre cas, la tumeur fut ouverte : l'enfant fut expulsé avec peine, et mort; la mère guérit;

11° Dans le dernier cas de tumeur, rapporté par Park, la femme n'était pas enceinte;

12° Merriman (3) rapporte un cas d'accouchement

---

(1) *L. c.*
(2) *Med. chir. trans.*, vol. II.
(3) *Ibid.*, vol. III.

de jumeaux, rendu difficile par une tumeur de ce genre; on pratiqua la céphalotomie sur un des enfans, l'autre naquit mort, et la femme mourut aussi;

13° Il cite aussi, après ce cas, celui d'une femme de l'hôpital des femmes en couches de Westminster, où l'on pratiqua la céphalotomie, et où la femme mourut.

Le même auteur (1) rapporte six nouveaux faits du même genre;

14° Dans l'un, où l'enfant fut retourné, la mère et l'enfant moururent;

15° Dans un autre, on fit également la version : la mère guérit; mais l'enfant, né vivant, mourut bientôt après;

16° Chez une autre femme, accouchée précédemment d'un enfant mort, on fit la perforation du crâne : l'enfant fut extrait avec beaucoup de difficultés, la mère ne s'est jamais bien rétablie;

17° Dans un autre cas, après avoir ouvert la tumeur, il fallut pratiquer l'embryotomie; la mère survécut dix-huit mois;

18° Chez une autre femme, la tumeur fut soulevée au-dessous du détroit supérieur : l'enfant naquit vivant, et la mère survécut;

19° Dans le dernier cas, rapporté par Merriman, on ouvrit la tumeur, on pratiqua ensuite la céphalotomie : la mère succomba quelques jours après;

20° Dans un cas que Béclard a observé en 1820 à la Maternité, on a pratiqué l'ouverture de la tumeur,

---

(1) *Med. chir. trans.*, vol. X.

il s'en est écoulé environ une pinte de liquide; on a fait ensuite la version de l'enfant, qui a été extrait mort : la mère a succombé;

21° M. Récamier a donné des soins à une femme enceinte de sept à huit mois, qui portait une tumeur occupant le flanc droit, la fosse iliaque du même côté et une grande partie de l'excavation du bassin.

Désormeaux a examiné une femme d'environ vingt-cinq ans, ayant une tumeur située entre le rectum et le vagin, qui remplissait presque tout le bassin. Cette femme n'était pas enceinte.

Le fait suivant s'est offert à mon observation.

Madame B...., femme d'un marchand de bois, demeurant rue de Sèvres, n° 11, âgée de 36 ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, d'une constitution primitivement forte, mais détériorée par plusieurs grossesses, et surtout par un catarrhe pulmonaire chronique qui la tourmentait depuis plusieurs mois, parvint, sans éprouver d'accidens notables, jusqu'au huitième mois d'une cinquième grossesse. Vers ce terme un écoulement de sang assez abondant eut lieu par la vulve, ce qui fit penser à la malade qu'elle allait accoucher; d'après cela, elle envoya chercher la sage-femme qui devait l'assister dans ses couches. Celle-ci prescrivit le repos, un régime doux, une boisson légèrement acidulée, et ne crut pas la saignée nécessaire, à raison de l'état d'amaigrissement et de faiblesse dans lequel se trouvait la malade. La perte ne fut pas considérable, les moyens employés suffirent pour l'arrêter, et pour permettre à la malade de reprendre ses occupations ordinaires. Treize jours après cet accident, une seconde perte arriva; celle-ci fut plus forte que

ne l'avait été la première. On eut recours à l'emploi des mêmes moyens, qui parvinrent à modérer ce nouvel accident, mais qui furent insuffisans pour le faire cesser complétement. Enfin, huit jours avant la grande époque, c'était le 17 octobre 1819, vers minuit, madame B.... fut tout-à-coup surprise par une nouvelle perte, sans éprouver aucune douleur. La sage-femme, effrayée de l'énorme quantité de sang que cette malade avait perdue, et bien plus étonnée encore de ne reconnaître aucun signe d'accouchement, ni aucune des parties qui se présentent ordinairement au toucher, engagea le mari à venir me chercher.

J'accompagnai de suite le mari; on me rendit compte de ce qui s'était passé. Je trouvai la malade dans l'état le plus déplorable : la face était décolorée, les yeux éteints, les membres et les extrémités froids, le pouls excessivement faible, la respiration lente, des syncopes presque continuelles; la perte avait cessé, point de contraction utérine. Il était essentiel que je m'assurasse par le toucher de l'état de cette malade, afin de prendre une détermination prompte et convenable; car, dans cette circonstance, le plus petit écoulement de sang pouvait avoir les suites les plus funestes pour la mère et pour l'enfant. D'après l'époque de l'apparition des hémorrhagies et la marche qu'elles avaient suivie; d'après ce que la sage-femme me dit, qu'elle n'avait pu reconnaître, ni l'orifice de l'utérus, ni l'enfant, je crus que j'avais affaire à un placenta inséré sur l'orifice de l'utérus. Imbu de cette idée, je pratiquai le toucher, et voici ce que cet examen me fournit: le doigt introduit dans le vagin me fit reconnaître en

haut, en arrière et à gauche, la partie gauche de la circonférence de l'orifice de l'utérus, qui était flasque et béant; en promenant mon doigt, pour suivre toute la circonférence de l'orifice, je trouvai à droite une tumeur dure, rénitente, qui occupait les deux tiers au moins de l'excavation du bassin. Cette tumeur s'était approprié la partie droite de la circonférence du col de l'utérus et la portion du vagin correspondante, de laquelle elle était recouverte, et à laquelle elle paraissait intimement unie : en continuant mes recherches, je reconnus bientôt, à travers les caillots que le vagin contenait, entre la tumeur dont je viens de parler et la partie gauche de l'orifice, la présence des membranes de l'amnios. Je soulevai avec le plus grand ménagement ces membranes, pour atteindre jusqu'à l'enfant, et reconnaître la partie qu'il présentait; cette manœuvre simple servit à éclairer complétement mon diagnostic.

1° En soulevant avec précaution ces membranes, je rencontrai une partie de l'enfant, que je ne pus déterminer à cause de sa mobilité et de son élévation.

2° Je m'aperçus qu'une certaine quantité de sang liquide venait du côté gauche de l'utérus et s'écoulait entre cet organe et les membranes. Il me fut dès lors démontré que l'hémorrhagie tenait au décollement du placenta, et non à son insertion sur l'orifice de l'utérus.

3° Je reconnus que la tumeur, adhérente à l'utérus, suivait les mouvemens que j'imprimais à cet organe.

4° En portant la main gauche sur le ventre de la malade, dans l'intention de fixer l'utérus pour recon-

naître la présence de l'enfant, je trouvai une obliquité latérale gauche très fortement prononcée.

5° Une tumeur pyriforme, volumineuse, comme la tête d'un fœtus à terme, occupait la fosse iliaque droite, et s'étendait depuis le niveau de la crête de l'ilium jusque dans l'excavation pelvienne.

6° Une scissure profonde, distincte au toucher, sensible même à la vue, séparait cette tumeur, en sorte que de prime abord on aurait pu croire à l'existence de deux enfans dans l'utérus, ou plutôt à l'existence simultanée d'une grossesse naturelle et d'une grossesse extra-utérine.

Dans une réunion de circonstances aussi graves, je sentais combien il était important d'agir, et d'agir promptement; l'état de flaccidité du col, la faiblesse de la malade, me donnaient la certitude de pouvoir opérer la version de l'enfant, sans éprouver de la part de l'utérus, ni de celle de la femme, trop de résistance; mais la présence de la tumeur me faisait craindre, d'une part, que l'introduction de ma main ne fût impossible, et de l'autre, que dans le cas où j'aurais réussi à l'introduire et à opérer la version, l'extraction de l'enfant ne pût avoir lieu.

Pénétré des difficultés que je pouvais rencontrer, et du danger imminent auquel la mère et l'enfant se trouvaient exposés, j'engageai le mari de la malade à aller de suite appeler M. Evrat, qui restait porte à porte, pour qu'il vînt m'aider de sa présence et de ses conseils. Il arriva bientôt avec le mari; je lui rendis compte de ce qui s'était passé avant mon arrivée, je lui fis part des observations que j'avais faites; je lui dis que je ne

voyais d'autre moyen à employer que de tenter la version, si toutefois elle était praticable. Je l'engageai ensuite à toucher la malade, et à s'assurer par lui-même si les choses étaient telles que je les avais annoncées.

M. Evrat reconnut que je ne m'étais pas trompé : il approuva ma résolution, plutôt pour ne pas laisser périr cette femme sans secours, que par la conviction de pouvoir la sauver : le temps était précieux, nous fîmes les préparatifs nécessaires pour l'accouchement. La pauvre malade était si faible qu'elle n'apporta aucune résistance à tout ce qu'on voulut faire. Nous la plaçâmes convenablement, et après avoir bien graissé l'extérieur de ma main droite, je l'introduisis dans le vagin ; je refoulai la tumeur avec la paume de la main, pendant que mes doigts pénétrèrent sans difficulté entre les membranes et l'utérus. Je trouvai, à trois pouces environ au-dessus de l'orifice, le placenta complétement détaché, je rompis les membranes latéralement et à gauche. L'enfant se présentait par les fesses ; il me fut facile de saisir les pieds et de les amener jusqu'à la vulve; je dégageai, sans trop de difficultés, le tronc et les bras, en ayant soin de ramener, autant que possible, l'enfant dans la seconde position des pieds, à cause de la tumeur qui était à droite. Lorsque les bras furent dégagés, je m'aperçus bientôt, comme je le craignais, que la tumeur s'était replongée dans l'excavation du bassin, et que la tête de l'enfant restait au-dessus du détroit abdominal. Je réintroduisis donc la main droite au-devant du tronc de l'enfant, en suivant la concavité du sacrum, et, avec l'extrémité des doigts, je refoulai de nouveau la tumeur ; j'allai ensuite détourner

la face de l'enfant et la ramener au-devant de la symphyse sacro-iliaque gauche. Ce mouvement opéré, il me fut facile de la faire plonger dans l'excavation du bassin et de lui faire franchir la vulve. La délivrance suivit immédiatement la sortie de l'enfant.

Cette version a été opérée avec la plus grande promptitude; nous eûmes la satisfaction d'amener un enfant mâle et vivant; mais il était très faible, décoloré, et n'a vécu que quatre jours.

Après l'accouchement, la tumeur, que je pense être formée par l'ovaire droit, conservait les rapports et le volume que je lui ai assignés; l'utérus se trouvait placé à gauche, et presque dans la fosse iliaque de ce côté, ce qui donnait à cet ensemble la forme d'un cœur de carte à jouer, ou, ce qui me paraît plus exact, la forme que l'on assigne à l'utérus, lorsqu'il est double ou bilobé.

La mère a eu des suites de couches très heureuses, et s'est rétablie assez promptement, puisque cinq semaines après, elle a pu sortir et quitter le logement qu'elle occupait, pour aller demeurer du côté des Invalides. Trois mois se sont écoulés depuis son accouchement, et elle continue à se bien porter.

J'ai examiné la malade six semaines après sa couche: l'utérus avait repris les dimensions et la place qui lui sont propres; mais la tumeur avait conservé la position, le volume et la densité qu'elle avait au moment de l'accouchement.

En réunissant ces cas à tous ceux dont nous avons donné la notice, on a un total de vingt-trois femmes affectées de tumeur dans le bassin.

Si l'on en retranche trois, dont deux n'étaient pas enceintes, et une dont l'accouchement n'a pas encore eu lieu, l'on a encore vingt faits de tumeur, et vingt-deux accouchemens rendus difficiles par des tumeurs situées dans le bassin, qui paraissent avoir leur siége dans l'ovaire.

Parmi ces femmes, sept sont rétablies parfaitement, trois imparfaitement, et dix sont mortes.

Des enfans, trois sont nés vivans, un est né vivant mais non viable, seize étaient morts, et deux ne sont point notés. L'un était probablement vivant, et l'autre mort.

Ainsi, sur quarante-deux individus, quatorze ont été conservés, et vingt-huit ne l'ont point été.

Nous pouvons maintenant tirer de ces faits les conclusions suivantes :

1° Que les tumeurs dont il s'agit doivent fixer l'attention du praticien à cause de l'obscurité de leur diagnostic;

2° Que dans le cas où la tumeur occupe une grande partie du bassin, ni la version, ni la céphalotomie ne peuvent suffire;

3° Que le soulèvement de la tumeur doit être mis en usage toutes les fois que celle-ci est mobile ;

Deux femmes, deux enfans ont paru devoir leur vie à ce procédé;

4° Que l'ouverture de la tumeur est d'une grande importance, puisque des neuf femmes qui se sont rétablies, cinq, et deux des quatre enfans nés vivans, paraissent en être redevables à cette ouverture;

5° Que dans quelques cas, ceux où la tumeur occupant tout le bassin ne diminuerait pas par l'incision, la section césarienne pourrait être la seule ressource.

FIN DU SECOND ET DERNIER VOLUME.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES

DANS LE SECOND VOLUME.

TROISIÈME PARTIE. EXPULSION DU PRODUIT DE LA CONCEPTION. 1

De l'accouchement..... 3

Définition de l'accouchement..... *Ib.*

Conditions de l'accouchement..... 4

Classification de l'accouchement..... 6

Proportion entre les diverses espèces d'accouchemens..... 30

SECTION Ire. De l'accouchement naturel..... 31

CHAPITRE Ier. Des causes de l'accouchement..... *Ib.*

CHAPITRE II. Des phénomènes de l'accouchement naturel..... 37

ARTICLE Ier. Phénomènes de l'accouchement naturel considérés d'une manière générale..... 36

Phénomènes précurseurs..... 38

Phénomènes de dilatation..... 39

Phénomènes d'expulsion..... 41

Durée du travail..... 42

ARTICLE II. De quelques uns des phénomènes vitaux de l'accouchement naturel en particulier..... 44

Douleurs et dilatation du col..... 53

Glaires..... 62

Crampes..... 64

Rétrocession ou recul de la tête du fœtus..... 65

ARTICLE III. Phénomènes mécaniques de l'accouchement..... 66

Première classe. Accouchemens naturels..... *Ib.*

Premier ordre. Présentations de l'extrémité céphalique..... 67

Premier genre. Présentations du sommet..... 69
Position occipito-ilium gauche..... 71
Position occipito-ilium droite..... 78
Position occipito-pubienne..... 82
Position occipito-sacrale..... 84
Anomalies dans le dégagement de la tête dans les diverses positions du fœtus..... 86
Deuxième genre. Présentations de la face..... 89
Position mento-ilium droite..... 92
Position mento-ilium gauche..... 94
Troisième genre. Présentations des côtés de la tête..... 95
Premier sous-genre. Présentations du côté droit de la tête... 97
Position lobulo-pubienne..... *Ib.*
Position lobulo-ilium droite..... 98
Position lobulo-ilium gauche..... *Ib.*
Deuxième sous-genre. Présentation du côté gauche de la tête. 99
Position lobulo-pubienne..... *Ib.*
Position lobulo-ilium droite..... *Ib.*
Position lobulo-ilium gauche..... 100
Deuxième ordre. Présentations de l'extrémité pelvienne..... *Ib.*
Premier genre. Présentations des fesses..... 105
Position sacro-ilium gauche..... 107
Position sacro-ilium droite..... 110
Position sacro-pubienne et sacro-sacrale..... 111
Deuxième genre. Présentations des pieds..... 113
Position calcanéo-ilium gauche..... 114
Position calcanéo-ilium droite..... 115
Position calcanéo-pubienne..... 115
Position calcanéo-sacrale..... *Ib.*
Troisième genre. Présentations des genoux.....
CHAPITRE III. Accouchemens accidentellement naturels. Évolution spontanée..... 118
CHAPITRE IV. De la conduite à tenir auprès d'une femme en travail..... 128

I. Marche à suivre dans les cas simples..... 137
II. Marche à suivre lorsqu'il survient des anomalies pendant le travail..... 144
A. Ralentissement ou suspension des contractions utérines. *Ib.*
B. Excès d'énergie ou irrégularité des contractions utérines. 151
Section II. Des accouchemens artificiels..... 156
Première division. Des accouchemens accidentellement artificiels, la mère et le fœtus étant bien conformés..... 158
Chapitre Ier. Causes du côté de la mère qui peuvent rendre l'accouchement accidentellement artificiel..... 159
Article Ier. Obliquité de l'utérus..... *Ib.*
Article II. Epuisement de la femme, cessation ou suspension des contractions utérines..... 168
Article III. Hémorrhagies..... *Ib.*
Article IV. Convulsions..... 190
Article V. Syncopes..... 205
Article VI. Lésions organiques diverses..... 206
Chapitre II. Accidens du côté du fœtus qui peuvent rendre l'accouchement artificiel..... 207
Article Ier. Issue ou prolapsus du cordon ombilical..... *Ib.*
Article II. Brièveté et entortillement du cordon ombilical.... 211
Article III. Présence de plusieurs fœtus..... 213
Article IV. Des cas où il y a lieu de modifier les présentations ou les positions du fœtus..... *Ib.*
Seconde division. Des accouchemens essentiellement artificiels, la mère et le fœtus étant bien conformés..... 219
Chapitre Ier. De la conduite à tenir dans les présentations du tronc..... *Ib.*
Chapitre II. De la version..... 229
I. Conditions nécessaires pour pratiquer la version..... 231
II. Règles générales à observer dans la pratique de la version. 233
III. Règles à observer pour pratiquer la version dans chaque cas particulier..... 237
A. Dans les présentations de l'extrémité céphalique ..... *Ib.*

1° Présentations du sommet 239
2° Présentations des parties latérales de la tête 243
B. Dans les présentations de l'extrémité pelvienne ..... *Ib.*
1° Présentations des pieds ..... *Ib.*
2° Présentations des genoux 255
3° Présentations des fesses 257
Chapitre III. Des instruments usités dans les accouchements artificiels 260
Article Ier. Des lacs 261
Article II. Des crochets mousses 264
Article III. Du levier 265
Article IV. Du forceps 269
I. Description du forceps 270
II. Partie du fœtus sur laquelle doit être appliqué le forceps. 272
III. Cas qui réclament l'emploi du forceps 275
IV. Règles générales à suivre dans l'application du forceps.. 276
V. Règles à suivre dans chaque cas particulier 280
1° La tête étant plongée dans l'excavation pelvienne, après avoir exécuté tous ses mouvements ..... *Ib.*
2° La tête se trouvant encore au-dessus du détroit abdominal. 286
3° Enclavement de la tête 290
4° Présentations de la face 296
5° La tête étant retenue encore dans les parties, le tronc étant dehors 298
Troisième division. Des accouchemens essentiellement artificiels, par suite d'une mauvaise conformation de la mère ou du fœtus 302
Chapitre Ier. Des vices de conformation du fœtus qui rendent l'accouchement artificiel ..... *Ib.*
Article Ier. Excès de volume de la tête ..... *Ib.*
Article II. Excès de volume du thorax 306
Article III. Excès de volume de l'abdomen ..... *Ib.*
Article IV. Tumeurs développées sur divers points de la surface du corps 307

Article V. Monstruosités par accollement..... 308
Chapitre II. Des opérations dans lesquelles on intéresse les parties du fœtus 309
Article Ier. Des signes qui annoncent la mort du fœtus dans le sein de sa mère..... 311
Article II. De l'application des crochets aigus..... 316
Article III. De la céphalotomie..... 319
Chapitre III. Des vices de conformation de la mère qui rendent l'accouchement artificiel..... 323
Article Ier. Du régime débilitant..... 330
Article II. De l'accouchement prématuré..... 333
Article III. De la symphyséotomie..... 339
Article IV. De l'opération césarienne..... 349
Quatrième division. Des accouchemens artificiels déterminés par des anomalies..... 360
Chapitre Ier Des grossesses extra-utérines..... 361
Chapitre II. De l'avortement..... 367
Chapitre III. Des grossesses multiples..... 379
Chapitre IV. Des ruptures de l'utérus..... 388
Section III. De la délivrance..... 399
Chapitre Ier. De la délivrance générale. 400
Chapitre II. Des circonstances qui peuvent retarder la délivrance ou la rendre artificielle..... 404
1° Inertie de l'utérus..... *Ib.*
2° Contractions spasmodiques de l'utérus..... 406
3° Arrachement du cordon..... 407
4° Volume excessif du placenta..... 408
5° Enchatonnement du placenta..... 409
6° Adhérences vicieuses du placenta..... 412
7° Hémorrhagies utérines qui surviennent après l'expulsion du fœtus..... 418
8° Syncopes et convulsions..... 428
Chapitre III. De la délivrance artificielle..... *Ib.*
Section IV. De la conduite à tenir après l'accouchement..... 433

Chapitre Ier. Des phénomènes qui surviennent après l'accouchement..... 436
Article Ier. Des lochies..... *Ib.*
Article II. Des tranchées utérines..... 439
Article III. De la fièvre de lait..... 441
Chapitre II. Des soins à donner à la femme en couches..... 443
Chapitre III. Des soins à donner à l'enfant qui vient de naître.. 447
Considérations sur les perforations du périnée et sur le passage de l'enfant à travers cette partie..... 462
Observation sur un cas d'accouchement difficile par la présence d'une tumeur dans l'excavation du bassin..... 482

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES.